

É T U D E
DES
PHLEGMONS DE L'ABDOMEN
SYMPTOMATIQUES DES NÉOPLASMES
DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE
du Tube Digestif.

T H È S E
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1894
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
LÉON OPIN
Né le 27 Mars 1872, à Toulon (Var)
Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON
ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE
4, RUE GENTIL, 4
—
Décembre 1894

ÉTUDE
DES
PHLEGMONS DE L'ABDOMEN
SYMPTOMATIQUES DES NÉOPLASMES
DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE
du Tube Digestif.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON OPIN

Né le 27 Mars 1872, à Toulon (Var)

Elève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	X.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	GROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'ag. éz)
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, II.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TRIPIER Président; M. MORAT, Assesseur; MM. ROUX et DEVIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

AUX DOCTEURS

L. AUGARDE ET M. BONTEMPS

Mes excellents Amis et Camarades de promotion

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TRIPIER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GANGOLPHE

AVANT-PROPOS

J'inscris en tête de ce travail le nom de M. le professeur agrégé Gangolphe, qui m'en a donné l'idée, et dont je n'oublierai jamais l'accueil bienveillant. — Pendant trois ans, soit à la Faculté, soit à l'Hôtel-Dieu, j'ai pu apprécier la clarté de son enseignement, la sûreté de son diagnostic et surtout sa préoccupation constante des résultats éloignés, sa persévérance dans le traitement, ces deux conditions sans lesquelles le succès d'une opération chirurgicale, si bien conduite qu'elle soit d'ailleurs, est toujours douteux et aléatoire.

Je remercie M. le professeur Tripier qui a bien voulu accepter la présidence de ma thèse et M. le professeur agrégé Rochet auquel je dois une de mes observations.

Merci à ceux de mes camarades de promotion, qui

m'ont témoigné de la sympathie ; merci surtout à mes amis intimes : Louis Augarde, dont la sincère et solide amitié m'a toujours été d'un si précieux secours ; Maurice Bontemps, dont la gaité et l'entrain m'ont aidé à passer sans trop d'ennui ces longues années d'école.

ETUDE
DES
PHLEGMONS DE L'ABDOMEN
SYMPTOMATIQUES DES NÉOPLASMES
DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE
du Tube Digestif.

CHAPITRE PREMIER

Exposé de la question. — Historique.

Nous nous proposons d'étudier les phlegmons de l'abdomen, en tant qu'ils sont symptomatiques de néoplasmes siégeant sur toute la portion sous-diaphragmatique de l'appareil digestif.

Etant donné un phlegmon de l'abdomen (et il s'agit presque toujours d'un phlegmon sous-péritonéal), on l'incise, on donne issue à une quantité variable de pus; — on arrive alors sur un néoplasme développé aux dépens soit de l'estomac, soit du duodénum, soit du gros intestin.

Nous rechercherons :

Quels sont les rapports de l'abcès et du néoplasme ?

Quelle est au point de vue anatomo-pathologique la nature du néoplasme ?

Ces phlegmons développés à la suite d'une tumeur, ont

ils une symptomatologie différente des phlegmons ordinaires de la paroi antérieure de l'abdomen ?

Comment diagnostiquer la tumeur ?

Ce diagnostic est-il possible quand les phénomènes phlegmoneux sont à leur maximum ?

Quel est le traitement à opposer à ces néoplasmes compliqués d'abcès ?

Notre historique sera assez court. La question des tumeurs de l'intestin n'a jamais été traitée d'une façon bien complète. Il est par exemple toute une catégorie de néoplasmes, tels que les polypes de l'intestin, pour lesquels il serait impossible de trouver une monographie bien détaillée. L'ouvrage de M. Péan sur le *diagnostic et le traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin* ne nous a guère fourni de renseignements sur le point précis que nous nous proposons de traiter.

J'ai hâte de parler d'un travail auquel j'ai recouru plusieurs fois et où j'ai trouvé une observation des plus complètes et des plus concluantes. Je veux parler du mémoire publié en juin 1850 par Bernutz dans les Archives de médecine sous le titre *Phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen*. Ainsi que le fait très bien remarquer Bernutz, on s'était occupé bien avant lui des abcès de la fosse iliaque, mais les inflammations du *fascia propria*, les phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen avaient été jusqu'alors passés sous silence. C'est d'ailleurs le mémoire de Bernutz qui a suscité plus tard les travaux de Castaneda y Campos, Heurtaux, Bouilly, Labuze, Vaussy, sur les abcès développés dans les différentes régions périhépatique, sous-ombilicale, prévésicale. — Au point de vue spécial qui nous occupe, Bernutz est le premier qui

se soit posé la question de savoir quelle relation il peut exister entre les abcès développés dans le *fascia propria* et les différentes affections dont l'intestin est le siège.

« Dans nos observations, dit-il, nous voyons l'inflammation du tissu cellulaire qui double le péritoine de la partie antérieure du ventre assez fréquemment précédée d'affections intestinales pour que nous soyons frappé de l'analogie qui existe entre ces phlegmons et ceux de la fosse iliaque qu'on a rattachés à des affections du cæcum. Cependant, nous ne trouvons pas dans la région ombilicale les conditions anatomiques qui ont été invoquées pour le développement de ces derniers ; aussi devons-nous nous demander s'il faut nier tout rapport de causalité entre les affections intestinales et le développement des phlegmons, ou admettre entre eux une corrélation dont la cause reste inconnue. Cette dernière opinion nous paraît la plus admissible, parce qu'il semble y avoir plus qu'une simple coïncidence dans la fréquente succession d'états morbides siégeant dans les organes appartenant au même système, et parce qu'il n'y a pas nécessité absolue de comprendre le mécanisme d'actes pathologiques, pour qu'on puisse les admettre lorsqu'ils reposent sur des faits assez nombreux. »

Non seulement Bernutz avait vu cette connexion, mais il avait compris qu'elle pouvait devenir la source d'erreurs de diagnostic.

« Ces phlegmons de l'abdomen proprement dits apparaissent tout à coup, sans cause connue, ou au milieu d'un de ces états morbides du tube digestif que nous avons indiqués et viennent, dans ces derniers cas, masquer pour un temps l'affection qui favorise leur développement. »

En dehors de ce travail, nous n'avons trouvé nulle part d'idées bien précises, de conclusions bien nettes.

Dans une thèse de Paris de 1879, Wedrychowski remarque : « Les tumeurs cancéreuses de l'intestin et de l'épiploon sont aussi signalées comme une cause d'abcès de la paroi abdominale. M. Guyon dit avoir observé chez des vieillards deux vastes abcès sous-péritonéaux, évidemment déterminés par la présence de masses cancéreuses développées au contact de la paroi. »

Un an plus tard, Robert, dans une thèse sur le carcinome de l'iliaque, revient sur ce sujet :

« L'absence de vomissements, l'existence d'élancements incessants, tout à fait circonscrits, le ramollissement de la tumeur en son milieu, comme M. Rendu en a vu un exemple dans sa pratique civile, peuvent faire songer à un phlegmon iliaque suppuré. Dans un cas il existait une sonorité tympanique au niveau de l'empâtement, en sorte que l'on pensa qu'il s'agissait d'anses intestinales et qu'on diagnostiqua une péritonite circonscrite.

« Plus tard, les garde-robes, grisâtres, sanieuses, d'une fétidité excessive, laissant surnager, après refroidissement des substances graisseuses, analogues à de la râclure épithéliale, l'amaigrissement très prononcé, la teinte jaunâtre de la peau ne permirent plus de douter de l'existence d'une altération organique. »

Avant de parler des observations que nous avons recueillies, nous ferons remarquer que, dans presque toutes, le point de vue auquel nous nous plaçons a été négligé ; personne n'a songé à montrer la relation de cause à effet qui existait entre le néoplasme et l'abcès. Dans l'une des observations les meilleures que nous ayons trouvées,

celle de Macquet, publiée en 1846, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, on insiste beaucoup, par exemple, sur la dilatation qu'avaient subie les tuniques de l'intestin grêle, consécutivement à la présence d'un cancer du cæcum ; c'est là un fait assez banal, bien moins intéressant à coup sûr que le vaste abcès qui avait envahi les fosses iliaques interne et externe du côté droit à travers une déchirure du *fascia propria*.

Les *Bulletins de la Société anatomique* nous ont fourni la plupart de nos observations :

Macquet, 1846.

Monod, 1868.

Berne, 1881.

Thiery, 1890.

Nous en avons relevé quelques autres dans les différentes publications anglaises :

Coote, *Transactions of path. Society*, 1859.

Anstie, *British med. journal*, 1874.

Hulke, *Lancet*, 1878.

Nous n'omettrons pas la première en date, celle de Bernutz, 1846. L'observation la plus caractéristique de toutes celles que nous possédons a paru dans le *Progrès médical* de 1875 et est due à M. Laveran ; il avait d'ailleurs fort bien apprécié la valeur qu'elle présente au double point de vue anatomo-pathologique et clinique : anatomo-pathologique, puisqu'il s'agissait d'un épithélioma myxoïde de l'intestin ; clinique, puisque le diagnostic resta incertain jusqu'à la mort du malade et ne fut fait, comme il arrive bien souvent, qu'à l'autopsie.

Dans tout historique des phlegmons de l'abdomen, il est certain qu'il faut actuellement, en ce qui concerne les phlegmons de la fosse iliaque droite consécutifs à des inflammations ou des néoplasmes du cæcum, tenir grand compte de ce qui s'écrit chaque jour sur la chirurgie de l'appendice iléo-cæcal, — depuis que les travaux de Trèves et de Tuffier ont ouvert la voie en montrant quels sont les véritables rapports de l'appendice avec le péritoine, en substituant l'appendicite à la pérityphlite. Là encore le *Bulletin de la Société anatomique* nous a été précieux ; en juillet 1891, MM. Hartmann et Pilliet ont montré combien pouvait être délicat le diagnostic entre les inflammations tuberculeuses de l'appendice et les cancers de la région.

En définitive, la question est encore à l'étude ; sans être absolument rares, les observations ne sont pas fréquentes, et d'ailleurs il faudrait plus d'observations que celles que nous possédons pour arriver à des conclusions bien précises.

Nous étudierons successivement :

L'anatomie pathologique de ces tumeurs où nous analyserons les constatations d'autopsie faites dans nos observations.

La symptomatologie et l'évolution des abcès consécutifs à ces tumeurs.

Le diagnostic.

Le pronostic et le traitement de l'abcès.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique et pathogénie.

Il est inutile de refaire ici l'anatomie pathologique du cancer de l'intestin. Outre que ce serait sortir de notre sujet, cette question a été traitée à fond dans la thèse de Haussmann, qui a donné le résultat de plus de deux cents observations. Nous n'en retiendrons qu'une chose : c'est que le cancer de l'intestin est un épithélioma cylindrique. Autrefois on rapportait tous les néoplasmes de l'intestin au carcinome et à ses variétés, squirrhe, encéphaloïde, colloïde. Or plus on se rapproche de l'époque actuelle et plus, dans les observations publiées, les carcinomes se font rares ; plus l'épithélioma cylindrique est fréquent. On conçoit d'ailleurs que le diagnostic puisse souvent être difficile. Quand un épithélioma a subi la dégénérescence colloïde, il est parfois impossible de ne pas le confondre avec un carcinome, si l'on n'a pas soin d'exa-

miner avec la plus grande attention les parties de la tumeur qui n'ont pas encore l'aspect colloïde.

Il est pourtant une catégorie de tumeurs sur lesquelles il nous est impossible de ne pas insister, car elles sont des plus intéressantes au point de vue symptomatique et elles peuvent en outre donner lieu à de graves erreurs de diagnostic ; elles sont d'ailleurs peu connues ; je veux parler des sarcomes de l'intestin grêle qui ont été étudiés en 1892, dans un article de Madelung, paru dans le *Centralblatt* et auxquelles Baltzer, élève de Madelung, a consacré un travail important paru la même année dans les *Archiv für klinische Chirurgie*.

« Le siège de ces tumeurs est variable. Chez quelques malades on a noté le côté gauche de l'abdomen, chez d'autres le côté droit ; chez les uns elles s'étendaient entre l'ombilic et la symphyse, chez d'autres le siège de prédilection était l'ombilic.

« Les sarcomes de l'intestin grêle appartiennent la plupart du temps à l'espèce des sarcomes globocellulaires, plus rarement à celle des fusocellulaires. Ils se forment toujours dans la sous-muqueuse et se propagent en s'accroissant dans son intérieur. La musculature est envahie de bonne heure, la muqueuse plus tard, et la séreuse dans des cas rares il est vrai. Par suite de ce mode de développement et de la paralysie qu'il amène de bonne heure de la musculature, il se forme, et on peut considérer cela comme vraiment caractéristique pour tous ces sarcomes, une dilatation de la portion d'intestin malade, que l'on peut comparer à une dilatation anévrysmatique. Les sarcomes de l'intestin ne conduisent jamais à un rétrécissement de la lumière du tube digestif, même s'ils arri-

vent à envahir la muqueuse. A la suite de la dilatation de l'intestin, on arrive de bonne heure à la formation de tumeurs très considérables.

« La tumeur fait-elle irruption à travers la séreuse, il se produit de grands abcès stercoraux, à siège intrapéritonéal. »

L'anatomie pathologique de ces tumeurs diffère donc bien de celle du cancer de l'intestin.

Nous nous proposons d'analyser dans ce chapitre les constatations faites aux autopsies des différents malades dont nous rapportons les observations, et d'établir quels sont les rapports qui existent entre la tumeur et le phlegmon qui n'en est qu'une manifestation.

Au point de vue du siège, si nous classons nos observations par ordre de région, nous voyons que ces abcès sont consécutifs :

- 3 à des tumeurs de l'estomac ;
- 1 à une tumeur du duodénum ;
- 2 à des tumeurs du cæum ;
- 5 à des tumeurs de l'S iliaque ;
- 4 à des tumeurs du côlon.

Nous n'avons pu relever aucune observation d'abcès consécutif à une tumeur de l'intestin grêle. On conçoit qu'il est assez difficile de tirer des conséquences bien précises de l'analyse de quinze cas aussi disparates que ceux-ci.

Nous diviserons nos observations en deux grandes classes :

Dans une première catégorie de faits, il y a perforation de l'intestin soit par suite des progrès du néoplasme,

soit par suite de l'obstacle que le développement de la tumeur impose au cours des matières. Il y a alors formation d'abcès stercoraux et d'anus contre nature.

Ce sont là d'ailleurs et de beaucoup les cas les moins intéressants. Aussi passerons-nous rapidement.

Dans une deuxième classe d'observations, on n'a noté aucune perforation. Les fonctions digestives ont même continué parfois à s'accomplir d'une façon satisfaisante, il n'y a jamais eu à l'extérieur issue de matières stercorales. Ce sont les cas les moins communs et c'est sur eux que nous insisterons le plus.

L'autopsie de Hulke est très succincte ; l'abcès nous dit-on, suivait le psoas et remontait jusqu'au duodénum.

Les deux autopsies de Thiéry ne sont pas non plus bien concluantes.

Dans l'observation de Giamboni, ce qui est à noter c'est cette tumeur qui à un moment donné s'abcède, se transforme en un foyer purulent. Il semble bien d'après cette autopsie que l'abcès et la tumeur ne font qu'un ; c'est d'ailleurs ce que disait le malade à qui il *semblait que la tumeur s'était vidée comme un abcès*.

Cette première catégorie d'observations est peu instructive. Passons maintenant à la seconde.

Dans l'observation de Bernutz, on ne note aucune trace de l'abcès qui d'ailleurs était complètement guéri au moment où le malade est mort : « il ne m'a pas semblé qu'il y eût rien de notable dans les parties de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, du *fascia propria* qui réponde à la tumeur intra-abdominale. » On n'indique même pas qu'il y ait eu induration du tissu cellulaire sous-péritonéal. La tumeur, tout en ayant envahi les

tuniques intestinales, n'a amené aucune perforation et par conséquent aucun épanchement de matières fécales. Le centre de la tumeur est un cloaque en communication avec la lumière du côlon transverse.

Dans l'observation de Macquet, nous trouvons une tumeur du cæcum; celui-ci a perdu sa forme prismatique et est revenu sur lui-même. Mais chose importante, aucune des ulcérations cæcales ne communique avec le foyer situé au-dessous : L'abcès siégeait immédiatement en arrière du cæcum et avait envahi presque entièrement le muscle iliaque. Ce cas est donc bien différent de celui de Giamboni. Ici tumeur et abcès n'ont que des relations de contiguité. En aucun moment la tumeur ne s'est abcédée; comme le dit l'observateur, son tissu est dur et crie sous le scapel. Il y avait adhérence du péritoine au cæcum et surtout induration, épaissement considérable du tissu cellulaire péri-cæcal. Mais il est évident que ces constatations perdent un peu de leur valeur, étant donné les idées erronées qu'on se faisait alors des rapports du cæcum avec le péritoine. Induration du tissu cellulaire péri-cæcal, cela signifie-t-il pour Macquet, induration du tissu cellulaire qui tapisse la fosse iliaque, ou bien n'est-ce pas simplement une poussée de péritonite localisée? Il aurait été intéressant de rechercher l'état de l'appendice, ce que l'on n'a pas fait. Peut-être d'ailleurs, ce qu'on a pris pour de l'induration du tissu cellulaire, n'était pas autre chose que du tissu néoplasique.

L'autopsie du malade de Laveran présente le plus haut intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique. Elle diffère de la précédente en ce que la partie de l'intestin atteinte avait conservé son

calibre normal; et que la partie de l'intestin située au-dessus n'était pas dilatée. L'abcès ne semble pas là non plus avoir des connexions très intimes avec la tumeur. A noter comme dans l'observation précédente une fusée purulente qui avait perforé l'abdomen en avant du muscle grand droit, du côté gauche.

Nous verrons à la suite de l'observation les incertitudes par lesquelles est passé M. Laveran, avant de pouvoir donner à cette tumeur une dénomination précise. Quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on se fasse de la nature de cette tumeur, au point de vue histologique, les faits n'en subsistent pas moins : pas de perforation de l'intestin, pas de sténose du canal intestinal, et cependant vaste abcès consécutif à la tumeur. Comment rattacher les deux termes? M. Laveran attribue la formation de l'abcès aux frottements continuels qu'a exercés la tumeur sur le tissu cellulaire de la fosse iliaque; et il est incontestable que cette explication est des plus rationnelles. Chacun sait la mobilité de l'S iliaque, qui peut très bien devenir une cause d'irritation pour les parties voisines. Mais cette explication pourrait-elle s'appliquer à tous les cas? Pour le cas d'abcès de la fosse iliaque consécutifs à des tumeurs du cæcum sans aucun doute; car le cæcum est presque aussi mobile que l'S iliaque. Mais dans le cas d'abcès occasionnés par des tumeurs du duodénum ou du côlon transverse, comme nous en rapportons plusieurs observations, il y a à coup sûr autre chose qu'un processus irritatif d'ordre purement mécanique.

D'ailleurs, si cette interprétation est admissible à la rigueur dans le cas d'abcès ayant débuté insidieusement et ayant eu une évolution lente comme dans l'observation de

Laveran, elle ne peut guère expliquer ces abcès qui surviennent brusquement, comme c'est le cas dans la plus grande partie de nos observations.

Il est une autre explication plus rationnelle et plus générale à coup sûr. Les tumeurs que nous avons en vue sont susceptibles de s'infecter au contact des matières septiques transportées par le tube digestif; dans presque toutes nos observations, il s'agit, en effet, soit de tumeurs épithéliomateuses, c'est-à-dire susceptibles de s'ulcérer, soit de tumeurs ayant subi la dégénérescence colloïde. Ce sont de véritables portes d'entrée pour tous les microorganismes, et il n'y a rien d'étonnant à ce que, à un moment donné, il se forme des abcès, développés soit à l'intérieur de la tumeur, soit dans le tissu cellulaire situé à sa périphérie.

Il est un point d'anatomie pathologique microscopique que nous aurions vivement désiré éclaircir et qui a trait à l'observation I de M. Gangolphe et à l'observation de M. Pollosson. Malheureusement l'examen microscopique des tumeurs n'a pu être fait dans les deux cas, pour la bonne raison que, dans le premier le malade est encore vivant, et dans le second que l'observation n'a pu être reconstituée que de mémoire.

Nous voyons chez le malade de M. Gangolphe « que les abcès, qui sont toujours restés fistuleux, donnent issue à une substance gélatineuse comme du myxome ».

Dans l'observation de M. Pollosson :

« On fait une incision, on trouve un myxome du gros intestin. »

Il semble donc, à la lecture, qu'il s'est agi dans les deux observations d'une tumeur myxomateuse. Nous avons cherché dans toute la littérature médicale et n'avons

presque rien trouvé concernant l'existence de myxomes du gros intestin (nous éliminons bien entendu les polypes qui, sans être bien fréquents, ne sont pas néanmoins une rareté pathologique). S'il y avait eu réellement des myxomes de l'intestin, nous aurions pu penser que nous nous trouvions en face d'un mode d'évolution spécial à ces tumeurs. Nous avons cru un moment trouver la solution du problème dans les considérations que Laveran ajouta à son observation, et qui sont basées sur un examen microscopique minutieux de la tumeur.

« Il est plus facile, dit Laveran, de décrire cette tumeur que de lui donner un nom et de lui trouver une place dans la classification des tumeurs. Nous avons songé tout d'abord à un adénome, et il était difficile de se défendre de cette idée à la vue de ces culs-de-sac tapissés d'un épithélium si régulièrement disposé ; mais d'autre part, la tumeur en question s'éloignait notablement de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui un adénome. *Les adénomes, dit Broca, sont des productions homœomorphes et homologues, dont les éléments autogènes ou essentiels sont des tubes ou des culs-de-sac glandulaires.*

« Or, nous avons bien des culs-de-sac glandulaires, mais ces éléments développés dans la tunique sous-muqueuse du gros intestin, pourvus d'un épithélium à cils vibratiles n'étaient évidemment ni homœomorphes, ni homologues ; c'est tout au plus si on pouvait les faire rentrer dans les tumeurs assez mal définies, qui ont reçu le nom de pseudo adénomes (Broca) ou d'hétéradénomes (Ch. Robin). La nature de l'épithélium, à elle seule, nous semblait exclure l'idée d'adénomes ; il n'existe pas une glande dont l'épithélium soit muni de cils vibratiles.

« S'agissait-il d'un épithélioma? Pas davantage, croyons-nous. Il existe, à vrai dire, une classe d'épithéliomas à cellules cylindriques, et ces tumeurs se rencontrent parfois dans la tunique sous-muqueuse de l'intestin, mais la disposition des culs-de-sac glandulaires est moins marquée que dans le cas actuel, l'épithélium est moins régulier et ne présente pas de cils vibratiles; enfin les épithéliomas sont des tumeurs malignes, mal circonscrites, qui ont une grande tendance à s'ulcérer et à se généraliser; chez notre malade la tumeur était bien circonscrite, non ulcérée du côté de l'intestin et il n'y avait aucune trace de généralisation, les ganglions mésentériques n'étaient même pas atteints.

« M. le D^r Malassez a décrit dans les *Archives de physiologie* une tumeur du testicule qui présentait avec la nôtre de nombreuses analogies; cette tumeur qui s'était développée dans le tissu conjonctif du testicule et non aux dépens des tubes urinifères se composait : d'un stroma fibreux — de cavités kystiques tapissées d'un épithélium variable.

« Le contenu des kystes était formé par une substance homogène dans laquelle on distinguait des cellules et des granulations.

« M. Malassez, après avoir montré qu'il ne s'agissait ni d'un sarcome kystique, ni d'un fibrome ou d'un myome kystique, ni d'un kystome, ni d'un hétéradénome kystique, propose de donner à la tumeur par lui décrite et aux tumeurs analogues le nom d'*épithélioma myxoïde*, l'épithète myxoïde signifiant ici que le revêtement épithélial des kystes les fait ressembler à certaines muqueuses normales. Le mot myxoïde a l'inconvénient, ce nous semble,

de rappeler l'idée de myxomes, c'est-à-dire de tumeurs constituées sur le type du tissu muqueux, tumeurs bien différentes de celles dont nous nous occupons, mais, d'autre part, nous avons déjà dit que nous ne croyons pas devoir ranger notre tumeur dans la classe des épithéliomas. »

Un an plus tard, dans les *Archives de physiologie* de 1876, M. Laveran est revenu sur cette question et, rapportant en même temps une observation d'épithélioma de l'estomac, il en a rapproché le néoplasme de l'intestin en question et a conclu à l'identité des deux au point de vue histologique.

« Dans les deux cas, dit-il, il s'agit de néoplasmes développés dans la tunique celluleuse du tube digestif; dans les deux cas ces tumeurs sont formées : 1° par un stroma fibreux; 2° par de petites cavités kystiques très variables de forme et de dimensions, tapissées par un épithélium à cellules cylindriques. »

Nous avons donc renoncé à élucider ce point. Les tumeurs en question étaient-elles myxomateuses? Était-ce simplement des épithéliomas ayant subi la dégénérescence colloïde? C'est ce que nous ne pouvons dire d'une façon précise.

En résumé :

Une tumeur de l'intestin est susceptible de s'abcéder, de se transformer en un phlegmon; dans certains cas, l'abcès peut être absolument indépendant de toute connexion avec la tumeur qui lui a donné naissance.

Certaines de ces tumeurs ont semblé être de nature myxomateuse. L'examen microscopique ne permet d'affirmer rien de positif à ce sujet; il s'agit presque toujours

d'épithéliomas ou de carcinomès ayant subi la dégénérescence colloïde.

Au point de vue pathogénique :

On peut dans certains cas d'abcès des fosses iliaques consécutifs à des néoplasmes du cæcum ou de l'S iliaque, incriminer les frottements exercés par la tumeur; mais cette pathogénie n'est applicable que dans un nombre très limité de cas; la plupart du temps il est probable qu'il s'agit simplement d'une infection secondaire.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Avant de décrire la symptomatologie des abcès que nous avons en vue, il importe de bien préciser ce dont nous voulons parler.

Etant donné une tumeur, de l'intestin par exemple, comment cette tumeur va-t-elle réagir sur le péritoine qui l'enveloppe? Nous éliminons naturellement tous les cas où il y a rupture de la tumeur, que cette rupture soit spontanée ou qu'elle soit consécutive à une intervention chirurgicale. Nous n'avons en vue ici que les inflammations péritonéales produites sous l'influence directe de la tumeur. Et, à ce point de vue les tumeurs sont loin de réagir de la même manière sur leurs parois. Péan insiste même sur ce fait que l'intensité des phénomènes péritonéaux est complètement indépendante du volume de la tumeur qui les occasionne. Tandis qu'un corps étranger provoque presque toujours sûrement une péritonite, on

peut voir des tumeurs arriver à un développement énorme sans se traduire par aucun phénomène inflammatoire.

Nous laissons aussi de côté les tumeurs qui donnent lieu à des phénomènes de péritonite généralisée, ne nous occupant que de celles qui donnent de la péritonite circonscrite. Or, l'attention s'est peu portée jusqu'ici sur ces péritonites circonscrites. Elles sont, comme nous le verrons, d'un diagnostic difficile. Haussmann dans sa thèse sur l'anatomie pathologique du cancer de l'intestin dit à ce sujet :

« Qu'il y ait ou non perforation, le cancer de l'intestin détermine le plus souvent, à un moment donné, une péritonite plus ou moins intense, n'ayant pas dans certains cas dépassé la simple injection inflammatoire, s'accompagnant dans beaucoup d'autres d'un exsudat séro-purulent ou purulent plus ou moins abondant. »

Dans les péritonites circonscrites, la tumeur qui jusqu'à là était indolente et passait inaperçue pour le malade devient tout à coup douloureuse, sensible à la pression, gênante, empêche le malade d'assujettir ses vêtements aussi facilement que par le passé, rend les mouvements pénibles, la station verticale ou la marche difficile, insupportable même, et bientôt l'oblige à se coucher. Cette douleur ne diffère de celle de la péritonite généralisée que par son intensité. Elle est tensive, pongitive, lancinante, comparable à celle que produirait l'introduction d'un instrument tranchant dans le ventre et s'accompagne en général d'une sensation de chaleur. Localisée en un point circonscrit de la région abdominale elle s'irradie en diminuant d'intensité, sous forme d'élancements vers les points voisins. Continue dans sa marche, elle offre des exacer-

bations sous l'influence des grandes inspirations, des secousses de la toux, de la marche, de la tension des muscles abdominaux. La pression locale l'exacerbe au point de rendre l'exploration de la tumeur presque impossible pendant quelques jours à cause des souffrances qu'elle détermine.

Péan, tout en insistant sur ces péritonites localisées, n'indique pas qu'elles se terminent par des abcès. Jalguiet, dans les articles du *Traité de chirurgie* qu'il a consacrés aux péritonites localisées, est affirmatif à ce sujet :

« Lorsque la péritonite localisée est due à une altération spontanée ou traumatique du tube digestif, des matières et des gaz se mêlent au contenu de l'abcès, et dans ces conditions la percussion révèle de la sonorité au lieu de la matité habituelle.

« Ces abcès gazeux sont très importants à connaître et la présence des gaz est presque pathognomonique de l'origine gastro-intestinale de la péritonite localisée.

« Enfin il n'est pas rare que des néoplasmes intra-abdominaux provoquent autour d'eux des phénomènes de péritonite localisée, et, dans certains cas, les accidents inflammatoires masquent l'existence des lésions qui leur ont donné naissance.

Et plus loin, il ajoute¹ :

« A part certains cas particuliers, dans lesquels la notion étiologique est claire, comme pour la péritonite traumatique, la péritonite consécutive à une inflammation aiguë du cæcum, de l'utérus ou de ses annexes, etc., la

¹ *Traité de chirurgie*, tome, VI, p. 493, 495.

symptomatologie de ces péritonites chroniques ou subaiguës est si mal caractérisée, qu'un diagnostic exact et complet est souvent impossible, avant la constatation de l'existence d'une poche remplie de pus, et même on peut se demander dans ces conditions si la péritonite est bien toute la maladie, et s'il n'y a pas derrière une altération profonde de l'un des organes abdominaux. J'ai vu plusieurs fois, pour ma part, des cancers de l'épiploon, du foie, de l'estomac et de l'intestin, dont l'évolution était restée latente, jusqu'au moment où ils avaient donné lieu aux signes d'une péritonite partielle, chronique ou subaiguë, avec formation d'abcès au niveau de la paroi abdominale. C'est que le propre des péritonites partielles, plus encore peut-être que des péritonites généralisées, est de masquer les symptômes et la marche des affections qui, la plupart du temps, leur donnent naissance. Aussi ne faut-il jamais négliger, en pareil cas, la recherche attentive des commémoratifs, si l'on veut arriver à se faire une idée nette de la cause génératrice de la péritonite. »

Il est donc bien établi que des tumeurs qui, jusque-là, avaient été parfaitement supportées par les malades, peuvent donner lieu tout à coup à des phénomènes de péritonite, ce qui survient, en général, à la suite d'une exploration faite en vue d'assurer le diagnostic, à la suite d'un palper hypogastrique ou d'un toucher rectal. Il est probable qu'il s'agit alors de ruptures plus ou moins étendues.

Telle est en quelques mots la symptomatologie de ces péritonites localisées. Hâtons-nous de dire que si nous l'avons rappelée ici, ce n'est pas pour montrer quels sont les phénomènes réactionnels que peuvent susciter les

tumeurs de l'intestin du côté du péritoine (ce sont là des faits bien connus), mais uniquement afin de bien les distinguer des phénomènes phlegmoneux dont nous allons étudier maintenant les symptômes, en nous aidant du mémoire de Bernutz.

Au début des phlegmons de l'abdomen, on a un frisson intense et prolongé qui persiste avec ce caractère pendant toute la période d'acuité, mais qui présentera ultérieurement des modifications différentes suivant la terminaison de l'affection. Après ce frisson apparaît dans l'abdomen une douleur des plus vives qui, en peu d'instant, fait des progrès cruels. D'un point précis de l'abdomen et superficiel partent comme d'un centre des irradiations qui traversent tout le ventre. Douleur insupportable et exaspérée par les moindres mouvements, soit de l'abdomen, soit des membres. D'où immobilisation du diaphragme et fixation des côtes inférieures.

Les parois abdominales sont très tendues et rétractées ; elles offrent une incurvation légère dont le centre est en rapport avec le point où siège la phlegmasie, d'où rétraction qui rend bien difficile l'examen de la tumeur. La tuméfaction n'est perçue qu'au bout de quelques jours, quand le travail inflammatoire s'est étendu aux divers plans musculaires ; à ce moment seulement ils deviennent immobiles. La peau devient le siège d'un œdème circonscrit et d'une rougeur de plus en plus marquée.

Les symptômes généraux sont : une soif intense, des nausées et des vomissements bilieux ou alimentaires qui apparaissent dès le deuxième jour. Ils cessent au bout de quelques jours pour se manifester ultérieurement.

Si la résolution doit se faire (et elle peut durer de plu

sieurs semaines à plusieurs mois), les symptômes généraux disparaissent progressivement. Si la suppuration se fait, les symptômes de troubles digestifs disparaissent, mais l'état fébrile et les frissons persistent. Le malade maigrit. Les douleurs presque entièrement calmées reparaissent avec un caractère nouveau, fixes, intermittentes, sous forme d'élançements. Elles sont concentrées en un point plus précis. Enfin la peau s'ulcère : pus d'abord sanguinolent et d'une odeur infecte, puis franchement phlegmoneux, enfin remplacé par une sérosité incolore dont l'écoulement finit par tarir.

Ces abcès s'ouvrent en général à la peau, mais dans quelques cas on les voit s'ouvrir dans l'intestin ou dans le péritoine.

Tels sont, en général, les symptômes des abcès du *fascia propria*. Examinons maintenant ceux que nous fournit l'analyse de nos observations. Tout d'abord, il est une distinction importante à faire. Il peut arriver qu'un néoplasme de l'intestin ait une marche particulièrement envahissante et arrive ainsi soit à perforer la paroi abdominale, soit à s'ouvrir dans les organes voisins : vagin, vessie, utérus. La mort est rapide dans ces conditions. Mais ces cas, nous les passerons sous silence, ne voulant retenir que ceux où la perforation, si elle a eu lieu, a été déterminée par un abcès. A ce point de vue, l'observation de Monod est assez intéressante, car on est en droit de se demander s'il y a eu perforation seulement ou bien s'il y a eu des abcès multiples ouverts à la vessie et à la paroi abdominale.

Épithélioma de l'S iliaque ouvert dans la vessie, passage des matières fécales par l'urètre. (Monod). Bulletin anatomique, 1868.

B..., quarante-deux ans, hôpital de la Pitié.

Entré le 25 juin 1868.

Malade depuis le mois de janvier 1868. A cette époque, pris d'une constipation subite et opiniâtre qui dura quatre jours et se termina par l'écoulement subit de matières fécaloïdes par la verge pendant trois jours.

Quelques jours après, parut à l'hypogastre une saillie qui pendant un mois prit toujours plus de développement. La peau s'enflamma, se perfora et laissa échapper des matières fécales; il s'était formé une fistule intestinale. Il s'en produisit une deuxième à quelques centimètres de la première, quelque temps après. *Le malade avait joui jusque là de la santé la plus parfaite. Aucun symptôme de malaise abdominal ne s'était produit, ni diarrhée, ni constipation, jamais d'hématurie.*

A son entrée il présente à l'hypogastre deux fistules qui laissent échapper sans relâche des matières fécales semi-liquides et mêlées à des gaz. *Malgré cela le malade eut encore jusqu'à la fin des selles normales par l'anus.*

Etat général assez bon. Le malade se nourrissait. Pas de cachexie cancéreuse. Du 25 juin au 11 août, même état. Diarrhée habituelle, aucun écoulement anormal par la verge, l'ouverture des fistules se rétrécissait peu à peu, mais on s'aperçut que de temps à autre, l'urine passait par les fistules avec les matières fécales.

Le 26 août, M. Desprès réunit les deux fistules et dilata le trajet avec l'éponge préparée. La veille de la mort on pouvait pénétrer jusque dans la vessie et sentir directement les calculs dont on avait constaté l'existence avec la sonde. Quelques fragments furent extraits avec une pince à polype.

Une sonde en gomme fut introduite par l'urètre et son extrémité fut ramenée au dehors par l'ouverture abdominale : les deux bouts furent attachés au devant du pubis avec un fil. Quelques

jours après l'opération, le malade, qui depuis quelques jours ne prenait plus d'aliments, mourut.

M. Monod ajoute :

« Cette observation présente quelque intérêt, en dehors de la pièce anatomique elle-même, à cause des difficultés du diagnostic sur le vivant. L'idée d'un cancer avait été longtemps éloignée en raison de l'absence des signes principaux de cette affection ; pas d'arrêt des matières, pas d'alternatives de diarrhée et de constipation, pas d'entérorragie, pas de tumeur appréciable, pas de cachexie cancéreuse évidente. Aussi MM. Richet et Desprès avaient-ils pu songer à l'utilité d'une intervention chirurgicale. »

Si cette tumeur rappelle par son aspect le cancer gélatiniforme, cela est dû, d'après M. Desprès, à la pénétration de l'urine dans les mailles du tissu. C'est un épithélioma, parce que M. Desprès n'a trouvé que des cellules agrandies et déformées de l'épithélioma cylindrique de cette portion de l'intestin. Le stroma de cette tumeur est formé de tractus fibreux le long desquels étaient des cellules épithéliales pressées les unes contre les autres et déformées. »

Nous voyons donc qu'en janvier 1868, le malade a eu une constipation subite, opiniâtre, ayant duré quatre jours et s'étant terminée par l'écoulement subit de matières fécaloïdes par la verge. Si nous admettons qu'il n'y a pas eu d'abcès, il est difficile d'expliquer comment ce cancer, tout-à-fait à son début (puisque la santé du malade était excellente), a pu aussi rapidement amener la perforation de la vessie.

Plus loin, l'observation nous dit qu'il parut à l'hypo-

gastre une saillie qui, pendant un mois, prit toujours plus de développement : la peau s'enflamma, se perfora, et laissa échapper des matières fécales.

Or, l'observation n'indique pas s'il y a eu du pus ; l'état de la température n'a pas été noté. Il est donc impossible de tirer de cette observation une conclusion nette. Le titre de l'observation ne semble pas indiquer qu'il y ait eu des phénomènes phlegmoneux.

Ceci posé, nous examinerons successivement :

Le mode de début de l'abcès,
Sa durée,
Sa terminaison.

Deux cas se présentent. Dans le premier, la tumeur devient, du jour au lendemain, le siège de phénomènes phlegmoneux intenses. Dans le second, les phénomènes phlegmoneux ont eu une marche plus lente, presque progressive.

Dans la première catégorie, nous ferons rentrer l'observation de Macquet : les symptômes du début étaient ceux d'une tumeur, mais rien que d'une tumeur ; puis, brusquement, les phénomènes phlegmoneux débutent dans la nuit. De même, dans l'observation de Bernutz, le malade reste quinze jours avec des symptômes de néoplasme intestinal, le quinzième jour, début avec frisson, fièvre intense, douleurs abdominales des plus vives, en un mot, tout le cortège des symptômes que Bernutz, comme nous l'avons vu, assigne aux phlegmons de l'abdomen.

L'observation de Giamboni est aussi des plus caractéristiques, puisque dans ce cas particulier la tuméfaction, apparue en huit jours, était rouge, douloureuse et fluctu-

ante, et s'ouvrit presque aussitôt en trois ou quatre endroits différents.

Dans les autres observations le début de l'abcès est moins net. Mais il faut dire que, sauf dans celle de Laveran, les antécédents de la malade, avant son entrée à l'hôpital, n'ont pas été relevés d'une façon bien satisfaisante. Dans l'observation de Hulke, par exemple, on ne précise même pas à combien de mois remontait le début des phénomènes fébriles. Dans les deux observations de Thiéry, il en est de même. L'observation de Laveran, est beaucoup plus nette : le début des phénomènes phlegmoneux a été absolument insidieux, au point que l'on a cru, avec quelque vraisemblance, à une tuberculose ganglionnaire.

Il est bien entendu que, dans tout ce que nous venons de dire ici sur le mode de début de l'abcès, nous n'avons tenu aucun compte du mode de début de la tumeur. Qu'elle existât depuis deux ans comme dans l'observation de Macquet, ou depuis deux mois tout au plus comme dans celle de Laveran, ou même que tumeur et phlegmon aient apparu presque simultanément comme dans l'observation de Giamboni, peu importe. La seule chose intéressante pour nous était de savoir si les phlegmons en question se comportent bien comme ceux qu'a décrits Bernutz, indépendamment d'ailleurs du mode d'évolution spécial à la tumeur.

De quelle manière évoluent ces abcès ? On peut dire d'une façon générale que leur marche est des plus rapides. Ainsi dans l'observation de Macquet l'abcès ne met que sept jours à arriver au stade de fluctuation et à envahir les deux fosses iliaques interne et externe. Le malade meurt en douze jours. De même dans la première des

observations de Thiéry où l'abcès évolue en treize jours. Dans les observation de Hulke, de Laveran, où le début a passé à peu près inaperçu, la durée de l'évolution n'a guère dépassé deux mois et demi à trois mois.

L'abcès amène la mort dans presque toutes les observations, excepté dans celle de Bernutz où le phlegmon met quinze jours environ à se résoudre et laisse d'ailleurs à sa suite une induration persistante, et dans celle de M. Gangolphe où l'état général du malade s'est complètement relevé. Dans toutes les autres l'issue est fatale, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on considère l'étendue de ces abcès, qui avaient amené, l'un l'envahissement des deux fosses iliaques à travers une perforation du *fascia iliaca*, un autre un abcès de la fosse iliaque remontant jusqu'au psoas et un troisième une psoïte.

Mais on est en droit de se dire que, comme dans toutes nos observations il s'agit de tumeurs malignes, cette mort était inévitable. En d'autres termes, quelle est dans l'issue fatale la part qui revient à l'abcès et celle qui revient à la tumeur? Voilà ce qu'il faudrait déterminer. Or il est bien évident que dans cette appréciation il faut tenir un grand compte de l'état où était le malade au moment où est apparu l'abcès. C'est ce que les observateurs n'ont pas tous relevé avec grand soin. Par exemple dans l'observation de M. Laveran, la part de l'abcès a été à coup sûr assez grande (on sait en effet combien est sombre le pronostic de la psoïte), mais en fait, le malade avait depuis assez longtemps des symptômes gastriques qui avaient dû l'affaiblir d'une façon considérable.

Dans l'observation de Macquet, la malade avait des douleurs depuis deux ans, mais ces douleurs n'avaient pas

déterminé chez elle de symptômes généraux bien graves et il est certain que l'abcès a eu un rôle prépondérant dans cette mort arrivée aussi vite.

Dans la deuxième observation de Thiéry, l'état général était bon « le malade avait bonne apparence » ; en moins de vingt-deux jours il meurt.

Dans le même ordre d'idées l'observation de Giamboni est bien caractéristique. En huit jours au milieu d'un état général parfait un abcès arrive au dernier terme de son évolution et s'ouvre en quatre ou cinq endroits différents. Selon l'expression de la malade « la tumeur s'est vidée comme un abcès » et il y eut un écoulement de pus abondant.

N'est-il pas évident que dans ces trois dernières observations, tout au moins, les phénomènes phlegmoneux dominant la scène.

D'ailleurs la meilleure preuve que l'on puisse donner du mauvais pronostic de ces abcès, c'est qu'en définitive le cancer de l'intestin n'a pas une évolution très rapide. Je n'en veux pour preuve que l'existence de ces carcinomes latents, qui ne se traduisent que par une douleur dans le ventre parfois mal limitée, par des irrégularités dans les selles, de la constipation alternant avec de la diarrhée, si bien que l'on ne peut localiser d'une façon certaine le néoplasme.

En résumé on peut conclure :

Que le début de ces phlegmons est en général brusque ;

Que leur évolution est rapide ;

Qu'ils se terminent presque toujours par la mort et hâtent dans tous les cas la terminaison des néoplasmes qui leur ont donné naissance.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Maintenant se pose la question du diagnostic et c'est à coup sûr la plus importante et la plus délicate. On sait combien est difficile le diagnostic des tumeurs de l'abdomen alors même que la tumeur existe seule et n'a pas déterminé de phénomènes réactionnels. Or, dans le cas qui nous occupe, la difficulté qu'on a à diagnostiquer la tumeur est à coup sûr doublée par l'existence de l'abcès. Outre la douleur très vive qu'éprouve le malade, et qui le rend moins docile pendant l'examen, nous savons que ce qui caractérise le phlegmon des parois abdominales, c'est la rétraction que subissent les plans musculaires de la région antérieure, rétraction qui, dit Bernutz, rend très difficile l'examen de la tumeur.

Or le diagnostic dans le cas particulier a la plus haute importance : pouvoir dire en présence d'un phlegmon de l'abdomen : ce phlegmon n'est pas idiopathique, mais il est

lié au développement d'une tumeur, n'est pas indifférent au point de vue du pronostic. Le phlegmon de l'abdomen n'est grave que quand on l'abandonne à lui-même; la plupart du temps les débridements hâtifs en ont toujours raison. Mais le pronostic des tumeurs de l'intestin est toujours fatal; d'autant plus que, ainsi que nous l'avons vu, ces abcès aggravent toujours le pronostic de la tumeur et tel malade qui, comme dans l'observation de Macquet aurait pu survivre encore près d'un an, succombe en moins de quinze jours.

Et d'abord deux cas à distinguer: Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital ou de la première visite la tumeur existe seule et n'a pas encore déterminé de phénomènes phlegmoneux. C'est là évidemment le cas le plus favorable. Le diagnostic est toujours relativement facile; je dis relativement, car bien souvent le phlegmon qui survient quelque temps après le premier examen vient dérouter complètement le clinicien.

Par exemple, dans l'observation de Macquet, le diagnostic avait été fait bien avant le début de l'abcès et grâce aux symptômes généraux; la tumeur était d'ailleurs assez accessible. De même, dans l'observation de Bernutz où les manifestations phlegmoneuses ne survinrent que quinze jours après l'entrée du malade à l'hôpital; en outre l'épiploon ayant été envahi, la palpation donnait des résultats bien positifs, car le cancer de l'épiploon fait très souvent corps avec la paroi.

Dans l'observation de M. Gangolphe, relative à une tumeur du cæcum, le diagnostic pouvait à la rigueur être posé de par l'état général du malade; et pourtant il ne fut pas fait, même avant le début des phénomènes phlegmo-

neux, même en présence des accidents d'occlusion intestinale, puisque le médecin ordinaire du malade croyait à une invagination intestinale ; le malade rapportait d'ailleurs à une chute le début de tous ses accidents, circonstance peu favorable à un cancer de l'intestin.

Mais, dans une seconde catégorie de faits, les choses sont bien moins simples. Le malade entre à l'hôpital au moment où son phlegmon est en pleine évolution ; comment diagnostiquer la tumeur ? L'état général est à coup sûr un facteur des plus importants et nous voyons par exemple dans la première des observations de Thiéry le diagnostic fait grâce à la teinte jaune-paille des téguments et à l'œdème des malléoles. Mais bien souvent ces signes peuvent faire défaut, le cancer de l'intestin peut rester latent et du reste des cancers dont le début ne remonte pas très loin, ont pu déterminer des abcès. Mais entrons dans le détail. Prenons l'observation de Hulke. A son entrée, le malade présentait une tuméfaction s'étendant profondément, très sensible et très douloureuse, non fluctuante, mate à la percussion, etc. Quatre jours plus tard les phénomènes phlegmoneux sont à leur maximum. L'observateur ne dit pas s'il avait porté au début le diagnostic de tumeur, mais j'en doute, les seuls symptômes généraux qu'accusait le malade étaient la douleur abdominale et le vomissement. On ne parle pas de constipation. Comment d'ailleurs aurait-on pensé à rattacher un abcès de la fosse iliaque à un cancer du duodénum. Il est évident que toutes les fois que le siège de l'abcès sera aussi éloigné du siège de la tumeur, l'autopsie seule fera le diagnostic.

Dans la deuxième observation de Thiéry nous relevons encore la trace de bien des incertitudes. Les seules anté-

cédents pathologiques étaient : coliques douloureuses deux mois auparavant et qui cédèrent au traitement que le malade fit lui-même, huit ou dix jours après, coliques douloureuses dans le flanc gauche. Que constate-t-on à l'entrée? deux phlegmons de l'abdomen. L'un, péri-ombilical, l'autre siégeant dans la région qui sépare la fosse iliaque des hypochondres. « Nous émettons, dit Thiéry, l'hypothèse d'un phlegmon stercoral peut-être consécutif à une tumeur de l'intestin, notre attention ayant déjà été attirée sur ce point. » Il est infiniment probable que le diagnostic n'aurait pas été fait sans cela.

A ce point de vue, l'observation de Laveran est d'un grand intérêt, car elle montre par quelles incertitudes on est passé avant l'autopsie qui, seule, permit de faire le diagnostic. L'état général du malade était cependant mauvais, et pourtant on a pensé à de la tuberculose plutôt qu'à un carcinome. M. Laveran avait même été tellement frappé de ces incertitudes qu'il les expliquait un an plus tard par ce fait que le cancer était tout à fait à sa période de début, ainsi qu'en témoignait l'analyse histologique. Là encore un cancer relativement peu volumineux, et ne donnant lieu à aucun symptôme du côté des voies digestives, avait donné lieu à un vaste abcès et à une psoïte.

Dans l'observation malheureusement incomplète du malade de M. Pollosson, le diagnostic n'a pas été fait davantage ; l'abcès siégeait à la région hypogastrique et il est possible que l'on ait cru à un phlegmon de la cavité de Retzius. Au bout de quelque temps, l'abcès s'accompagne d'occlusion intestinale. C'est là une circonstance très utile pour le diagnostic, car elle permet de conclure à peu près sûrement en faveur du néoplasme. En aucun cas, en

effet, je n'ai vu signaler d'occlusion intestinale dans le cas de phlegmon de l'abdomen ; on sait, au contraire, que de toutes les complications des tumeurs de l'intestin, c'est à coup sûr la plus fréquente.

Le fait aurait encore plus de valeur dans le cas où les phénomènes d'occlusion intestinale auraient précédé les phénomènes phlegmoneux, comme c'est arrivé dans l'observation de M. Gangolphe, relative à une tumeur de l'S iliaque.

Dans la deuxième observation de M. Gangolphe, le diagnostic n'a encore été fait qu'à l'autopsie. Et comment en aurait-il été autrement ? L'incision de la tumeur qui avait donné issue à un demi-verre de pus avait soulagé la malade. Il y avait une amélioration qui avait persisté environ trois semaines. Rien ne pouvait donc faire prévoir un néoplasme.

Nous laissons, d'ailleurs, volontairement de côté tous les cas d'induration consécutive à un phlegmon de la paroi abdominale ; cette induration qui persiste très longtemps en a imposé souvent à des cliniciens de premier ordre pour des cancers profonds.

Les sarcomes de l'intestin grêle peuvent facilement égarer le diagnostic, par leur évolution exceptionnellement rapide et par le désaccord qui existe entre la gravité des symptômes objectifs et l'insignifiance des symptômes subjectifs. La durée de ces sarcomes ne dépasse, en général, pas neuf mois et Madelung en a vu évoluer un en quinze jours. En outre, le malade a une tumeur qui peut être très volumineuse et pourtant ne pas le gêner et être indolore à la pression. Enfin, ces tumeurs n'amènent jamais de constipation. Or, comme les perforations et les abcès ster-

coraux sont loin d'être rares, on peut se trouver très embarrassé pour le diagnostic. Hâtons-nous de dire cependant que ces tumeurs sont loin d'être fréquentes puisqu'en 1892 Madelung n'en relevait que quatorze cas.

« On voit, dit-il, pour la première fois les malades après que la perforation a eu lieu et que la formation des abcès stercoraux précédemment décrits est arrivée, et le tableau symptomatique fait penser à une tuberculose de l'intestin. »

Mais, ce n'est pas seulement à des abcès que les tumeurs de l'intestin peuvent donner lieu. Elles causent (et bien plus fréquemment) des péritonites localisées se terminant par suppuration. Nous avons, d'ailleurs, eu soin d'écarter toutes ces observations qui ne rentraient pas dans le cadre de notre sujet. Le diagnostic entre phlegmon sous-péritonéal et péritonite circonscrite n'est pas toujours facile, quand la région atteinte est la région ombilicale. M. Commandeur a indiqué le refoulement en avant de la cicatrice ombilicale exactement comme dans le cas d'ascite, comme un signe en faveur de la péritonite.

Jusqu'ici, nous nous sommes occupé des abcès symptomatiques de tumeurs, et pouvant à un moment donné masquer complètement l'évolution de ces dernières. Mais l'inverse survient dans quelques cas ; bien souvent le diagnostic que l'on a fait d'une tumeur a été reconnu faux à l'autopsie ; on se trouvait en présence d'une inflammation ou d'une tuberculose localisée. Nous ne nous étendrons pas trop sur ce sujet, qui ne rentre pas absolument dans le cadre de notre travail. Nous citerons, cependant, l'observation suivante tirée de la thèse de Gérardin sur les phlegmons de la cavité de Retzius.

Un jeune homme reçoit une balle dans la fesse pendant la campagne 1870-71, en janvier 1871. Cette balle, dont l'orifice d'entrée se trouve situé au niveau de l'échancrure sciatique, ne peut être extraite. Le malade guérit, et pendant six années, la balle ne donne plus aucun signe de sa présence. Elle paraît s'être enkystée d'une façon définitive quelque part dans le tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal. Tout à coup, sous l'influence d'une cause occasionnelle qui nous échappe, peut être d'une chute, il se forme une tumeur à évolution lente, entraînant après elle des troubles de la miction, tumeur siégeant dans la région hypogastrique et donnant au toucher rectal une sensation de dureté, que M. Paulet compare à celle des fibromes utérins. Le diagnostic d'abcès de la cavité de Retzius est écarté, et l'on s'arrête au diagnostic d'ostéo-sarcome du bassin. Pendant de long mois la tumeur grossit, et enfin menace de s'ouvrir spontanément à la paroi antérieure de l'abdomen. Un médecin pratique l'ouverture au moyen du caustique de Vienne ; il sort une quantité considérable de pus. Pendant de longs mois encore la suppuration persiste, et enfin le malade guérit.

Heurtaux dans le mémoire qu'il a publié en 1877 dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* dit aussi que, dans certains cas d'abcès sous-ombilicaux à évolution subaiguë, on a pu croire à des néoplasmes profonds.

« Lorsque l'inflammation a suivi une marche moins rapide les difficultés peuvent être plus grandes, car l'atténuation des accidents initiaux laisse des doutes sur leur véritable signification. Dans les deux cas subaigus que j'ai observés, des erreurs de diagnostic ont ainsi été commises par des médecins distingués. L'une des malades me fut présentée comme atteinte probablement d'une tumeur maligne à marche rapide. L'autre cas de phlegmon subaigu fut pris par un médecin expérimenté pour un kyste de l'ovaire ; un confrère éclairé, consulté par la même malade, resta dans l'incertitude sur la nature de la tumeur. »

Dans le même ordre d'idées, il est impossible de ne pas tenir compte des travaux récents qui ont eu pour point de départ une observation de MM. Hartmann et Pilliet, et qui se trouvent analysés dans l'article qu'a fait paraître M. Estor dans le *Montpellier médical*.

Hartmann et Pilliet ont présenté à la Société anatomique, un travail tendant à établir l'existence d'une forme de tuberculose caecale, se traduisant cliniquement par des symptômes, soit d'appendicite chronique, soit plus rarement, de cancer de la région. Anatomiquement, les lésions ne rappellent en rien, à l'œil nu, les altérations tuberculeuses, et simulent absolument un cancer. Loin de déterminer un amincissement des tuniques, cette forme de tuberculose chronique, localisée au voisinage du cæcum, s'accompagne d'un épaissement des tuniques très marqué. De là, formation d'une tumeur d'autant plus qu'il se dépose autour du cæcum une masse scléro-adipeuse qui évoque l'idée d'un néoplasme. Ici, les follicules tuberculeux sont rares, l'infiltration embryonnaire plus marquée, les caractères anatomiques rappellent ceux du lupus.

Estor insiste sur la difficulté du diagnostic. Il a recueilli treize observations dont quelques-unes personnelles. Dans l'une d'elles, le diagnostic était matériellement impossible, car il y avait sur le cæcum coexistence de lésions cancéreuses et tuberculeuses. Il conclut que le diagnostic de tuberculose ne peut être fait que par l'état des autres organes. A ce point de vue, ces observations d'Estor sont absolument la contre-partie de celle de Laveran où un cancer de l'iliaque fut pris pour une tuberculose ganglionnaire.

L'évolution de l'affection ressemble beaucoup à celle de la typhlite.

Il semble que cet ordre de faits ne rentre pas dans notre sujet; en aucun cas, serait-on en droit de nous dire, on n'a constaté de manifestations franchement phlegmoneuses, et ces indurations tuberculeuses ne se sont jamais terminées par suppuration. Dans le mémoire d'Estor, il est vrai, nous n'avons relevé aucun cas où la tuberculose ait évolué de cette manière. Mais, dans une observation publiée par Robert en août 1891 dans le *Medical news*, nous lisons :

Abcès tuberculeux de la paroi abdominale, simulant une affection maligne du côlon transverse.

« Une jeune fille de seize ans, d'antécédents tuberculeux, ressentit tout à coup une douleur dans la paroi abdominale, puis vit peu à peu son abdomen augmenter de volume, tout en restant douloureux. Il existait une anémie profonde et le poumon droit était infiltré de tubercules. La douleur siégeait autour de l'ombilic à une assez grande distance de chaque côté.

« Après incision, on trouva une large cavité s'étendant à 4 pouces de chaque côté de la ligne médiane, pleine de pus collecté entre les muscles et le péritoine épaissi. L'abcès fut cureté, lavé, et finit par guérir par granulation. »

Cette observation est plus intéressante que celles de Hartmann et Pilliet, car, non seulement ce que l'on prenait pour un néoplasme, s'est terminé par suppuration, mais encore le siège de la prétendue tumeur n'était pas le cæcum, mais le côlon transverse.

Il est donc démontré que, si les phlegmons de la paroi abdominale peuvent marquer un néoplasme, en revanche

l'on a souvent pris pour des néoplasmes, ce qui n'était pas autre chose que des inflammations tuberculeuses, il est vrai, du gros intestin.

Il est une affection qui peut offrir dans sa marche de grandes analogies avec les cas que nous avons en vue ; c'est la péritonite chronique à forme ulcéreuse, se terminant par perforation, en général au niveau de l'ombilic.

« On sait que la péritonite tuberculeuse ulcéreuse a une évolution tout à fait chronique ; les malades accusent une sensation de plénitude et de tension de l'abdomen, quelques troubles digestifs, des vomissements, de la constipation alternant souvent avec la diarrhée. Plus tard, la fièvre qui était modérée au début, augmente, mais sans régularité. Les malades maigrissent et perdent leurs forces.

« On perçoit parfois à la palpation, au-dessus d'une couche liquide plus ou moins épaisse des masses dures, solides. »

Or, supposons que dans ces conditions il se forme un abcès de la paroi abdominale ; ne serait-on pas en droit de croire d'après la marche de la maladie à une tumeur de l'intestin et à un abcès consécutif ? Y a-t-il un moyen de diagnostic ?

La perforation de la paroi abdominale a été étudiée par Goebel dans sa thèse intitulée : *Quelques complications du côté de l'ombilic dans la péritonite tuberculeuse*.

Il n'est guère possible, comme nous l'avons vu, de trouver les éléments d'un diagnostic dans le début des deux affections : les symptômes généraux et la durée de la tumeur sont à peu près les mêmes que ceux de la péritonite chronique ulcéreuse. Les différences n'existent que

dans la manière dont se forme l'abcès et dont se fait la perforation.

« Si nous analysons, dit Goebel, les symptômes qui précèdent la rupture de l'ombilic, nous trouvons des différences capitales. Tandis que, dans la péritonite tuberculeuse, la perforation se fait lentement, après une inflammation très modérée, dans la péritonite aiguë, au contraire, comme dans les phlegmons des parois, il existe un état inflammatoire très intense, comprenant une fièvre très vive, de violentes douleurs abdominales, des vomissements, tous accidents qui disparaissent le plus souvent définitivement avec l'évacuation du pus.

« La perforation de la paroi abdominale ne se fait pas le plus souvent avec plus d'éclat que le développement de l'inflammation péri-ombilicale. Les dangers de la péritonite aiguë se trouvent écartés, grâce à la présence des fausses membranes et des adhérences qui dirigent les matières fécales directement à l'extérieur. La présence de ces matières dans les liquides évacués au dehors distingue, à part les autres phénomènes concomitants, ces perforations dues à la péritonite tuberculeuse de celles résultant soit d'une péritonite aiguë, soit des phlegmons suppurés des parois abdominales ; dans ces cas le malade rend par l'ombilic des flots de pus dont l'évacuation amène souvent la guérison.

« Aussi, à ce point de vue, les conséquences de ces perforations sont-elles toutes différentes, et, généralement, la perforation de l'ombilic est un signe de mort prochaine, dans nos observations, nous avons vu les malades succomber, soit au moment même de la perforation de la paroi abdominale, soit au bout de quelques jours. »

Et Goebel conclut :

« La perforation est toujours précédée d'une inflammation péri-ombilicale, d'une durée plus ou moins longue, et qui est caractérisée par la présence d'une rougeur de la peau avec de l'œdème circonvoisin, sans douleur et sans fièvre. »

Il semble donc que le diagnostic ne devrait pas rester hésitant. Et pourtant l'observation de Bernutz, par exemple, a été contestée et M. Vallin s'est demandé s'il ne s'agissait pas là de phénomènes péritonéaux.

« L'existence d'un véritable phlegmon, dit-il, n'est pas ici évidente, et il ne serait pas impossible de faire une large part dans les accidents du début (douleurs, frissons) à la péritonite déterminée par les perforations intestinales et le ramollissement de la tumeur cancéreuse. Du reste, entre les degrés extrêmes de l'inflammation, les nuances sont multiples et cette observation peut établir la transition entre les cas les moins aigus qui font l'objet de notre travail et les phlegmons suppurés que M. Bernutz a décrits spécialement. »

En résumé, le diagnostic de la tumeur, relativement facile quand on peut arriver avant le début des phénomènes phlegmoneux, devient très délicat lorsque le phlegmon s'est bien déclaré. On ne pourra se baser que sur les commémoratifs et l'état général.

La coïncidence de phénomènes d'occlusion intestinale sera un signe important en faveur d'un néoplasme. Mais la plupart du temps il faut s'attendre à des surprises d'autopsie.

Dans certains cas, où l'on aura cru se trouver en présence d'un néoplasme de l'intestin, il pourra se faire que

l'on ait simplement des masses tuberculeuses qui pourront se ramollir, s'ulcérer et donner issue à du pus.

Parfois la perforation de l'abdomen dans le cas de péritonite tuberculeuse pourra faire penser à un phlegmon symptomatique d'une tumeur. Mais dans le premier cas les phénomènes inflammatoires sont bien moins intenses et ont une marche bien moins rapide que dans le second.

Dans cette symptomatologie, nous avons surtout eu en vue les phlegmons ayant succédé à des néoplasmes de l'intestin.

Les cas de phlegmons consécutifs à des cancers de l'estomac ne sont pas non plus bien fréquents. Mais ils ont été l'objet d'une étude systématique très complète de la part de M. Feulard, dans un mémoire paru en 1887, dans les *Archives de Médecine*. M. Feulard a analysé quatorze cas de carcinome stomacal ayant donné lieu à des phlegmons ouverts en général au niveau de l'épigastre et quelquefois à l'ombilic. Il est donc inutile de revenir sur un sujet déjà traité d'une façon complète. Nous rappellerons brièvement quelques-unes des conclusions auxquelles est arrivé Feulard.

L'ouverture de l'abcès à l'ombilic est la plus rare et la plus intéressante au point de vue du diagnostic.

La fistule qui résulte de l'ouverture de la tumeur est en général unique.

De même que dans tous les cas que nous avons rapportés où un cancer de l'intestin a amené un phlegmon, la mort est très rapide et survient en général au bout d'un mois en moyenne.

L'abcès est formé aux dépens d'une cavité constituée en arrière par l'estomac, le lobe gauche du foie et le côlon

transverse, en avant par la paroi abdominale, sur les côtés par les adhérences qui unissent les viscères à la paroi.

Le cas le plus fréquent est celui d'un foyer purulent en communication avec la fistule cutanée d'une part et l'estomac de l'autre. Mais parfois le foyer peut communiquer seulement avec l'extérieur, l'estomac n'étant pas ouvert, et inversement, on a pu voir un foyer purulent communiquer avec l'estomac, la paroi abdominale étant encore intacte.

Enfin, on peut rencontrer des foyers de suppuration complètement indépendants, n'ayant aucune communication, ni avec l'estomac, ni avec la paroi.

Dans presque tous ces cas, il s'agissait de carcinomes encéphaloïdes, surtout de carcinomes ayant subi la dégénérescence colloïde. Ils siègent presque toujours dans la région du pylore.

Un an plus tard, M. Dieulafoy, dans un article publié dans la *Semaine médicale* sur le diagnostic du cancer de l'estomac, a relaté un cas analogue. L'abcès avait eu une marche des plus rapides, puisqu'en quarante-huit heures, il avait doublé de volume. Le malade mourut quelques mois plus tard de cancer stomacal.

M. Dieulafoy ajoute : « Généralement, quand ces phlegmons se développent, le cancer stomacal ne s'est pas encore propagé à la paroi abdominale. Le plus souvent, la communication devient fistuleuse et l'estomac perforé communique par une fistule cutanée avec l'extérieur. La marche des accidents peut rendre de grands services au point de vue du diagnostic, le phlegmon péri-ombilical des cancéreux s'observant en général à la période

cachectique de la maladie, alors que la tumeur est appréciable à l'extérieur. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'observation que je viens de rapporter, en est un exemple. »

On trouvera sur ce sujet, dans nos observations, un cas publié par M. le professeur Renault dans le *Lyon médical*, et un autre que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rochet.

CHAPITRE V

Traitement.

Dans tous les cas analogues à ceux que nous rapportons, l'abcès constitue l'indication la plus urgente et c'est de lui qu'il faut d'abord se préoccuper. Quant à la tumeur, le traitement qu'on peut lui opposer est palliatif ou curatif.

La première idée qui se présente à l'esprit, c'est d'ouvrir l'abcès. Donner issue au pus, est une règle dont on ne se départ guère en chirurgie. Si nous consultons nos observations, nous voyons pourtant que, dans quelques cas, on ne l'a pas suivie. Dans les cas rapportés par Macquet, Giamboni, Berne, on a laissé évoluer l'abcès ; il est vrai que, dans la première de ces observations, l'état général de la malade était si mauvais qu'elle n'aurait pas supporté une opération et, dans les deux autres, la mort suivit presque aussitôt l'invasion de l'abcès.

Dans tous les autres cas, l'incision a été faite et l'on a toujours constaté une amélioration, passagère il est vrai,

mais indéniable, et une chute brusque de la température.

C'est donc à l'incision qu'il faudra recourir dans tous les cas. Le manuel opératoire sera d'ailleurs le même que dans tous les cas de phlegmons de la paroi : incision couche par couche sur la sonde cannelée, avec d'autant plus de méthode que la suppuration sera plus profonde. Dans les cas de phlegmons hypogastriques, il ne faudra pas s'étonner de la profondeur à laquelle on doit enfoncer le bistouri.

Si, comme nous en avons cité plusieurs cas, la collection phlegmoneuse de la paroi n'est que l'annexe de foyers plus importants, ayant leur origine à la fosse iliaque, il faudra en même temps ouvrir et évacuer le foyer profond. Dans ce cas, une large boutonnière pratiquée dans l'espace de Bogros, parallèlement à l'arcade crurale, fera l'évacuation extra-péritonéale des deux foyers.

Si l'on fait des incisions de nécessité, on glissera au niveau du point à inciser une sonde cannelée un peu recourbée, et on pratiquera une contre-ouverture au-dessus du pubis.

Mais il arrive souvent que les choses se passent moins simplement et l'abcès, au lieu de s'ouvrir à l'extérieur peut, dans certains cas, s'ouvrir dans la vessie.

C'est ce qui a eu lieu dans deux de nos observations. Il est évident qu'il est impossible de laisser le malade dans cet état. D'abord, parce qu'il se produit rapidement des phénomènes de cystite. Dans le cas de Monod où la communication entre la vessie et l'intestin remontait à six mois environ, il s'était formé des calculs dont on put extirper quelques fragments à l'aide d'une pince à polype. Dans ce cas, M. Desprès avait dilaté avec l'éponge préparée

un trajet fistuleux qui mettait en communication la vessie avec l'extérieur, ce qui permit de faire ressortir par cet orifice une sonde que l'on avait introduite par le trajet urétral, et de faire à l'intérieur de la vessie des irrigations antiseptiques. Mais la cystite n'est pas le seul inconvénient ; chez le malade de M. Pollosson, l'urètre fut plusieurs fois obstrué soit par des matières fécales, soit par des pépins de raisin ; d'où crises de rétention passagères et souffrances atroces. Dans un cas semblable, la cystostomie sus-pubienne telle que la pratique M. Poncet serait tout indiquée.

Nous n'avons examiné jusqu'ici que le cas où la tumeur ne s'accompagne pas d'occlusion intestinale. Dans ce dernier cas, les indications opératoires ne sont en rien modifiées par la présence de l'abcès, que l'on devra toujours commencer par inciser. Nous ne nous étendrons pas longuement sur la question de savoir quel est le mode de traitement auquel il faudra donner la préférence. Les moyens médicaux n'ont que bien peu de valeur dans des cas aussi désespérés que ceux des malades que nous avons en vue. L'anastomose intestinale serait un excellent traitement ; mais dans aucune de nos observations il ne s'agissait de tumeurs de l'intestin grêle. L'établissement de l'anus contre nature est en dernière analyse le procédé de choix. C'est d'ailleurs une terminaison spontanée des plus fréquentes dans les cas dont nous nous occupons, lorsque l'abcès a perforé simultanément la paroi abdominale et l'intestin. On devra dans tous les cas établir l'anus artificiel. On a pu voir, d'ailleurs, dans une de nos rares observations qui ne se soient pas terminées par la mort les bons résultats que la cœcostomie a donnés à

M. Gangolphe, non seulement au point de vue de la survie, mais encore au point de vue du rétablissement de toutes les fonctions, puisque dix mois environ après l'opération, le malade peut vaquer à toutes ses occupations. L'issue des matières fécales est empêchée complètement par l'application d'un tampon sur l'orifice cutané.

Existe-t-il un traitement curatif ?

On sait combien sont limitées les interventions curatives vraiment utiles dans le cas de cancer de l'intestin. La seule indication vraiment urgente, dit Bouilly, existe « quand le cancer a donné lieu à des accidents d'occlusion intestinale. Dans cette hypothèse, une seule circonstance peut justifier la recherche directe de l'obstacle avec l'intention d'enlever celui-ci, la difficulté du diagnostic dans certains cas où le doute peut planer entre un cancer et une invagination chronique. »

Les résultats de l'entérectomie sont d'ailleurs des moins satisfaisants, même dans le cas où on n'a affaire qu'à une tumeur ; à plus forte raison dans le cas où cette tumeur est reliée par des adhérences aux organes voisins.

C'est ce qui existait dans la plupart de nos observations. Ainsi dans le cas de Bernutz, l'épiploon était envahi et la masse cancéreuse englobait à la fois la face externe du côlon ascendant, la face inférieure du côlon transverse et l'angle d'une des dernières circonvolutions de l'intestin grêle. De même dans l'observation de Berne où nous voyons que l'S iliaque descendait à l'intérieur de la cavité pelvienne et était adhérente à la partie postérieure de la région inguinale gauche.

Pouvait-on dans des cas semblables songer à une intervention quelconque ?

D'ailleurs l'entérectomie est une opération des plus laborieuses et des plus longues. Bergmann a mis cinq heures pour terminer une de ces interventions; même en admettant que l'on puisse facilement libérer la tumeur de ses connexions avec les organes voisins, il n'est pas douteux que dans l'état d'adynamie où se trouvent les malades, en butte à la fois à la cachexie cancéreuse et à la suppuration, tenter une opération semblable serait les vouer à une mort certaine.

OBSERVATIONS

ESTOMAC

*Abcès des parois abdominales, en connexion
avec un cancer de l'estomac* (British med. Journal).

J. R..., cinquante-quatre ans, homme faible et émacié, fut admis au Middlesex-Hospital, le 21 février 1860, avec une tumeur ferme et élastique, indolore, mais légèrement sensible à la pression, occupant l'hypocondre gauche et de la grandeur d'une balle de cricket.

La tumeur avait existé cinq semaines et avait été précédée par de légères douleurs de « torsion » dans l'abdomen, pour lesquelles le malade avait pris des médicaments purgatifs.

A son entrée, sa peau était sèche, le pouls faible, de cent pulsations; la langue couverte d'un enduit saburral sec et épais, les sécrétions normales.

Aucune difficulté dans la déglutition, mais l'appétit était très vite satisfait; et il disait qu'il sentait chaque morceau aller à une place particulière, rapportée par lui au bord inférieur de la tumeur.

La nuit du 27, il eut des raideurs et le 28 une fluctuation nette fut sentie dans la tumeur.

Le 3 mars, l'abcès fut ouvert et une grande quantité de pus très malsain s'en échappa.

Il ne possédait, cependant, aucune odeur fécaloïde.

Cette opération fut suivie d'une amélioration marquée, temporaire, mais le 15 mars, la plaie qui semblait presque fermée se rouvrit, et des sinus commencèrent à se former dans diverses directions à l'intérieur des parois.

L'appétit tomba de nouveau. Le malade déclina graduellement et mourut le 16 avril.

Autopsie. — Les parois abdominales étaient entièrement criblées de sinus, qui les traversaient dans toutes les directions. En ouvrant l'abdomen, l'extrémité pylorique de l'estomac fut trouvée solidement adhérente aux parois abdominales, 25 millimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic, point correspondant très sensiblement à celui auquel le malade avait rapporté ses sensations en avalant ses aliments.

La moitié pylorique de l'estomac était à une période avancée d'ulcération maligne, mais aucune communication n'existait entre la cavité de l'estomac et les sinus des parois abdominales.

Immédiatement au-dessous de ce point d'adhérences, le côlon transverse était solidement adhérent à la fois aux parois abdominales et à l'extrémité pylorique de l'estomac. Ce côlon ne présentait, pourtant, aucune autre trace de maladie.

Les autres organes étaient normaux.

D^r COOTE.

1^{er} mai 1860.

*Cancer de l'estomac et abcès ombilical. (Lyon Médical
du 22 juillet 1888.)*

M. Ducheneau présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. le professeur Renault.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint de néphrite et de cancer stomacal propagé à l'épiploon. La tumeur, rapidement accrue, devint adhérente à l'ombilic qui s'ulcéra et laissa écouler un pus sanieux. Occlusion sous pansement antiseptique. Les abcès ombilicaux sont presque toujours d'origine ombilicale. C'est à un abcès de ce genre qu'avait pensé M. Renault. Le malade mourut avec de la diarrhée. A l'autopsie on trouva un cancer stomacal propagé au côlon transversé, formant avec les masses ganglionnaires dégénérées une tumeur adhérente à l'ombilic. Cette tumeur était creusée d'une cavité kystique mettant en communication l'estomac avec le côlon transversé.

M. Renault : Ce cas est unique dans la science ; on ne connaît pas de cancer stomacal ouvert à l'ombilic. Pour s'ouvrir à ce niveau, la néoplasie stomacale s'est servie du côlon transversé.

DUODÉNUM

*Abcès de la fosse iliaque occasionné par un cancer
du duodénum. — Remarques (Hulke, Lancet, II, p. 518, 1878.)*

Un voiturier, âgé de vingt-sept ans, qui avait été une première fois admis dans un service médical, le 27 mars 1876, fut transporté le 6 juin dans le service de Forbes, son état ayant semblé relever de la chirurgie. Il présentait à son entrée une tuméfaction s'étendant profondément, très sensible et très douloureuse, non fluctuante, mâte à la percussion, allant au-dessus du pli de l'aîne, de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'épine du pubis et s'enfonçait dans la fosse iliaque. Il avait constamment la cuisse droite

fléchie sur le tronc à un angle de 45 degrés et toute tentative pour l'étendre causait de très grandes souffrances et il était toujours couché sur le côté droit. Le début des phénomènes fébriles remontait au printemps. Les symptômes essentiels étaient les douleurs abdominales et les vomissements, et la tuméfaction n'avait été notée qu'au début de juin.

Le 12 juin, quatre jours plus tard, pouls 106, température 102°6 Fahrenheit; la tuméfaction était moins dure et présentait un œdème superficiel. On donna issue à une grande quantité de pus, un peu brun, d'odeur très fétide et fécaloïde. On lava la cavité de l'abcès à l'acide phénique et on fit un pansement antiseptique.

Le lendemain pouls 84, température 98°4 Fahrenheit. Le malade fut bien soulagé. Cette amélioration fut seulement passagère, une diarrhée continue s'établit, l'appétit devint mauvais et de temps à autre il y eut quelques vomissements; le malade maigrit, s'affaiblit et mourut le 26 septembre suivant.

A l'autopsie on trouva un abcès s'élevant de bas en haut le long du muscle psoas jusqu'au duodénum; la seconde moitié du duodénum était transformée en une masse cancéreuse, molle en sa partie centrale qui se changeait en une grande cavité diffluyente en continuité avec la lumière de l'intestin.

Remarques de Hulke : Dans ce cas, malgré la grande distance de son point de départ où l'abcès avait pointé, on remontait néanmoins à son origine qui était située très haut. L'immunité relative du sexe masculin pour les abcès commençant à l'intérieur de la cavité pelvienne, l'exclusion de la coxalgie qu'on pouvait faire, par le manque de douleurs dans tous les mouvements de la hanche, pourvu que le psoas ne fût pas mis en jeu, par la position caractéristique, grande flexion de la cuisse sans adduction, par l'habitude qu'avait le malade de se coucher du côté droit, la non-probabilité du spondylitis, puisque tous les signes locaux de cette affection manquaient, tout en un mot con-

duisait au diagnostic d'abcès débutant dans la fosse iliaque; cette opinion concordait d'ailleurs avec les premiers symptômes de la maladie et les caractères du pus évacué.

COLON

Cancer de l'épiploon et de l'intestin ; inflammation aiguë du fascia propria de la région ombilicale droite ; induration, puis résolution lente. Mort deux mois et demi après le début de l'inflammation. (BERNUTZ, Arch. de médecine.)

Malade entré le 11 octobre 1846 à la Pitié, homme d'un tempérament bilioso-sanguin, grand, maigre, pâle, d'une coloration jaunâtre, d'une mauvaise constitution, est souffrant depuis longtemps. Il y a quatre mois, dit-il, qu'il est affecté d'une diarrhée continue qui peu à peu lui a fait perdre ses forces, mais n'a jamais donné lieu ni à des selles sanguinolentes, ni à aucune espèce de vomissements. Au début, cette diarrhée n'était accompagnée d'aucune réaction fébrile, mais des frissons irréguliers et de la fièvre sont survenus depuis un coup assez violent qu'il avait reçu il y a un mois, sur l'hypocondre droit. A la suite de cette violence extérieure, sa maladie fit, dit-il, de sensibles progrès, il commença alors à éprouver des douleurs vives au-dessous du foie, où se manifesta bientôt une tumeur qui, depuis lors, a été sans cesse augmentant. Cette tumeur située à un pouce et demi à droite de l'ombilic, d'une forme irrégulièrement arrondie, présente à peu près 2 pouces de diamètre. La surface assez régulière, sans bosselures marquées, paraît adhérer à la face interne des parois abdominales, cependant la peau qui la recouvre ne présente aucun changement de couleur, elle glisse ainsi que les tissus sous-jacents sur la tumeur, à laquelle on peut imprimer quelques mouvements de latéralité. Cette tumeur ferme, légèrement élastique,

est le siège d'une douleur continue qu'augmente la pression, mais surtout une percussion un peu forte. Ce moyen d'exploration fait percevoir à ce niveau de la matité, quand on emploie une percussion superficielle ou moyenne; tandis qu'une percussion profonde donne lieu à une légère sonorité. Le reste de l'abdomen, souple, est indolent; la partie inférieure n'est le siège d'aucun épanchement. Langue normale, appétit modéré, soif assez vive, pas de nausées ni de vomissements, cinq ou six selles diarrhéiques, fonctions urinaires normales. Pouls faible, 60; température de la peau, plutôt froide que chaude.

26 octobre. — L'état général était resté le même, la seule amélioration obtenue consistait dans une légère diminution du flux diarrhéique; mais la tumeur n'avait présenté jusqu'à ce jour aucun changement sensible; lorsqu'hier vers 4 heures du soir, le malade fut pris d'un frisson intense. A ce frisson succédèrent une douleur très vive ressentie dans la tumeur, et des coliques excessivement pénibles; la nuit fut très mauvaise, à cause des douleurs insupportables auxquelles le malade fut en proie. Aujourd'hui, facies anxieux, grippé, agitation continuelle, langue normale, appétit nul, soif vive, nausées continues, pas de vomissements. L'abdomen légèrement tendu, rétracté, est le siège de douleurs vives, sortes d'élançements qui partent de la tumeur comme d'un centre, et s'irradient dans tout le ventre. La moindre pression est excessivement pénible, surtout lorsqu'on l'exerce au niveau de la tumeur. Celle-ci est toujours dure, ferme, élastique; mais elle a très sensiblement augmenté depuis hier, non seulement en hauteur, de manière à n'être plus séparée du bord inférieur du foie que par un travers de doigt, mais aussi en largeur, de manière à se rapprocher de l'ombilic. Selles diarrhéiques; pouls petit, serré, 80 pulsations, chaleur de la peau.

27 octobre. — Malgré l'application de sangsues, les symptômes ont augmenté d'intensité. Le facies est très mauvais, les élancements et les coliques plus pénibles, la moindre pression insupportable. La tuméfaction a fait de nouveaux progrès. Ainsi elle se confond en haut avec le bord inférieur du foie, en dedans, elle arrive jusqu'à la ligne blanche. Cependant, la peau conserve de sa

couleur naturelle; elle peut glisser encore, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, sur la surface de la tumeur. Selles diarrhéiques, pouls serré, petit, fréquent, chaleur de la peau.

28 octobre. — Le malade se trouve un peu mieux, les douleurs ressenties dans la tumeur et qui de là s'irradient dans tout le ventre sont moins pénibles ainsi que les coliques. Cependant, la pression de l'abdomen est encore très difficilement supportée au niveau de la tumeur, qui, augmentée encore, *dépasse la ligne blanche d'un travers de doigt, et présente dans sa partie centrale une fausse sensation de fluctuation*. Cette fausse fluctuation est accompagnée de la rougeur de la peau et d'une sorte d'œdème circonscrit des parois abdominales. Les nausées ont cessé, mais la diarrhée persiste aussi intense. Le pouls et la température de la peau présentent les mêmes caractères (gomme, cataplasmes, diète).

30 octobre. — L'amélioration continue, les douleurs sont beaucoup moins vives; le malade plus calme se trouve assez bien; cependant il est toujours dans une appréhension extrême, lorsqu'on veut examiner la tumeur, qui hier, dépassait de trois travers de doigt la ligne blanche. Aujourd'hui elle a cessé d'augmenter, et elle ne présente plus cette fausse fluctuation, observée pendant ces deux derniers jours. Plusieurs selles diarrhéiques. La fièvre persiste.

3 novembre. — Amélioration très sensible, le malade se trouve bien : les coliques ont cessé; la tumeur beaucoup moins douloureuse peut être examinée sans trop de souffrances pour le malade, excepté lorsqu'on cherche, par une percussion profonde, la faible sonorité qu'on percevait avant l'orgasme inflammatoire. Son volume a sensiblement diminué. Ainsi elle ne dépasse plus la ligne blanche, mais elle se confond encore avec le bord inférieur du foie; toujours superficielle, elle a cessé cependant d'adhérer à la peau qui, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, a recouvré en partie sa mobilité; dure, ferme, élastique, la tumeur n'offre plus d'apparence de fluctuation. Appétit léger, soif modérée, diarrhée, pouls faible, 68; température de la peau normale.

15 novembre. — L'état général loin de s'améliorer comme l'affection locale est devenu plus mauvais; le faciès a pris plus déci-

dément la teinte jaune paille; l'amaigrissement a fait de sensibles progrès. La tumeur n'est pas habituellement douloureuse, mais elle devient par instants le siège d'élançements passagers très pénibles que réveillent les pressions, mais surtout la percussion profonde qui ne donne plus cette légère sonorité qu'on obtenait lors de l'entrée du malade. D'ailleurs, depuis la recrudescence, la *tumeur est restée plus volumineuse qu'antérieurement*, non seulement il n'y a plus qu'un espace moindre qui la sépare du bord du foie, mais elle est plus rapprochée de l'ombilic, et on ne peut plus lui imprimer le mouvement de dépression qu'on déterminait en la portant vers la colonne vertébrale. Un bord mousse remplace le bord tranchant qui la terminait inférieurement. Appétit faible, soif modérée; diarrhée; pouls petit, faible.

1^{er} décembre. — L'état général est de plus en plus mauvais; facies semi-ictérique; l'amaigrissement augmente; les forces diminuent. Appétit presque nul; soif modérée, pas de nausées ni de vomissements, diarrhée plus considérable, 8 à 10 selles qui ne contiennent pas de sang. Cependant la tumeur a encore diminué, ainsi son bord supérieur est descendu à deux travers de doigt au-dessous du foie, son bord interne répond au côté externe du muscle droit. Malgré cette nouvelle diminution, elle reste plus volumineuse encore que lors de l'entrée du malade; elle paraît surtout avoir augmenté d'épaisseur; aussi il est toujours impossible de la déprimer; elle se termine encore par des bords mousses; elle reste dure, ferme, élastique, et semble offrir à sa surface quelques bosselures, sur lesquelles glissent les parois abdominales. Pas de fièvre notable.

22 décembre. — L'état général reste toujours très mauvais, l'amaigrissement continue; découragement profond du malade, qui a des pressentiments funestes. Appétit léger, soif modérée, langue normale, la bouche sans mauvais goût; pas de nausées ni de vomissements; quinze à vingt selles diarrhéiques. Abdomen rétracté, insensible à la pression, excepté au niveau de la tumeur, qui est toujours de temps à autre le siège d'élançements très pénibles, rendus plus fréquents par les quintes de toux qui tourmentent le malade depuis une quinzaine de jours. La sonorité de l'abdomen

est bonne, excepté dans la région ombilicale droite, où on trouve une matité ayant 2 pouces $1/2$ transversalement et 2 pouces de haut en bas; mais une percussion profonde, toujours très douloureuse, donne lieu aujourd'hui à une sonorité obscure au niveau de la tumeur sur laquelle les parois abdominales glissent plus facilement et à laquelle on peut communiquer quelques mouvements de latéralité très bornés. Pouls filiforme, insensible à gauche, 60; crachats sales, grisâtres, plaqués dans le crachoir.

8 janvier. — Depuis une dizaine de jours, la diarrhée augmentée encore est devenue telle que le malade ne peut retenir les liquides qui, suivant son dire, s'échappent de dessous lui comme une rivière, et présentent une odeur infecte de macération anatomique. Depuis cette époque, il est devenu tellement faible, qu'il peut à peine sortir de son lit. Amaigrissement extrême. Aujourd'hui il est dans un état de prostration tel qu'il paraît plongé dans une sorte de sommeil, dont ne peut le tirer que difficilement, mais sans pouvoir obtenir de lui une réponse satisfaisante. Le pouls est trop faible pour pouvoir être compté. Mort dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Abdomen. — Les parois abdominales nous ont paru saines, et il ne nous a pas semblé qu'il y eût rien de notable dans les parties de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, du *fascia propria*, qui répondent à la tumeur intra-abdominale. Au contraire, la partie qui correspond au péritoine offre des adhérences nombreuses, dont les unes l'unissent à la tumeur, à la moitié supérieure du côlon ascendant et du côlon transverse, dont les autres plus lâches viennent se rendre l'une à l'estomac, et les dernières à la vésicule biliaire, qui très allongée croise le côlon au moment où d'ascendant il devient transverse. Dans ce point, existe une tumeur bosselée, irrégulièrement triangulaire, formée par un tissu nouveau qui paraît s'être développé primitivement dans l'épiploon, qui recroquevillé sur lui-même pour lui donner naissance forme par sa partie saine le côté interne de la tumeur. Le côté externe de 3 pouces d'étendue, est constitué par la face externe du côlon ascendant, la base, d'une étendue à peu près égale, par la face inférieure du côlon transverse qui la sépare du foie, le somme

inférieur, par l'angle cancéreux d'une des dernières circonvolutions de l'intestin grêle. Cette tumeur du volume d'un gros œuf de dinde formée par l'encéphaloïde à l'état cru, présente, à un demi-pouce de sa surface, une cavité anfractueuse. Cette espèce de cloaque, à parois irrégulières, hérissées de fongosités noires et mollasses, rempli d'un liquide sanieux, communique avec le côlon transverse dont la face inférieure est détruite. Il communique encore avec le côlon ascendant par un grand nombre d'ulcérations irrégulières, fongueuses, et inférieurement avec l'intestin grêle par un orifice assez large, qui présente les mêmes caractères que les ulcérations cancéreuses du côlon. Quant à la paroi postérieure de ce cloaque, elle est formée par de l'encéphaloïde, dans lequel on ne peut distinguer ni le péritoine, ni les ganglions, ni le tissu cellulaire, qui forment cette région.

Tube digestif. — L'estomac et le duodénum sont sains. Dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle, on trouve seulement à noter l'extrême exiguité de sa cavité et les saillies considérables des valvules conniventes, très rapprochées les unes des autres; mais à mesure qu'on descend vers le cæcum, on voit apparaître sur la muqueuse d'un gris cendré, un nombre de plus en plus grand de follicules isolés, contenant dans leur intérieur une gouttelette séro-purulente ou une matière blanchâtre, comme oléagineuse. A ces follicules isolés, succèdent des ulcérations taillées à pic, à bords irréguliers, rougeâtres, reposant sur la musculature dénudée mais n'offrant aucun des caractères d'une ulcération cancéreuse. Ces caractères ne sont sensibles que dans la partie de l'intestin grêle adhérente à la tumeur. Là des fongosités qui bordent l'orifice de communication reposent sur un tissu dur, d'un blanc mat, dont les limites d'un gris perlé, légèrement transparentes, offrent une dureté squirrheuse. Au-delà de cette partie adhérente on retrouve, mais en nombre plus considérable encore, des follicules et ulcérations présentant les caractères préindiqués. Le cæcum, situé plus haut qu'à l'état normal, diffère du reste du tube digestif, parce qu'il a conservé son volume naturel, tandis que les autres parties présentent un très petit calibre; sa muqueuse hypertrophiée semi-bourgeonnante, d'un rose vif, offre par places une injection

très marquée ; les autres membranes, d'un blanc bleuâtre, présentent une hypertrophie assez considérable. On retrouve les mêmes altérations dans toute la longueur du côlon, seulement l'hypertrophie de la muqueuse et des couches sous-jacentes est beaucoup plus marquée dans toutes les autres parties qui sont comprises dans la masse cancéreuse ; cependant on peut distinguer encore dans ces parois, ayant quatre à cinq lignes d'épaisseur, les diverses membranes qui les constituent. Le pourtour des ulcérations seul est garni de champignons carcinomateux reposant sur une couche de tissu d'un blanc mat criant sous le scalpel, offrant une structure analogue à celle de la pomme de terre crue. Ces plaques d'encéphaloïde sont entourées elles-mêmes d'un tissu qui ressemble à une infiltration de gélatine ; ce n'est que plus loin que reparaissent les caractères de l'hypertrophie simple.

Cancer du côlon transverse, ayant causé le sphacèle de la paroi abdominale. (Clinical Society of London, 1884).

Le Dr Anstie lit, pour M^{me} Garrett-Anderson, des notes sur le cas suivant. La malade était une femme de soixante-huit ans, qui ne présentait, quand elle fut examinée pour la première fois par M^{me} Anderson, aucun signe « distinctif » d'affection maligne.

Une masse légèrement mobile, qui existait à droite de l'ombilic, était tout à fait indolore, et on espéra tout d'abord que ce n'était qu'une simple accumulation fécale. Des purgatifs tout d'abord diminuèrent la tuméfaction, et semblèrent la rendre plus molle. Treize jours après la première visite, toutefois, quelque douleur survint, et la malade fut transportée à l'hôpital le lendemain. A ce moment, le sphacèle de la peau était déjà commencé ; et il était évident qu'il y avait une communication entre l'intestin et la surface. Le traitement consista en opium et brandy, donnés par la bouche et en cataplasmes désinfectants appliqués à la partie sphacélée. La femme déclina et mourut le 30 décembre ou vingt] et un jours après le premier examen, et une semaine après l'admission à l'hôpital.

Examen post mortem. — Il montra que l'affection maligne du côlon transverse était primaire, et que l'on ne trouvait aucune tumeur cancéreuse autre part. L'intestin était adhérent à la paroi abdominale, ayant donné naissance à une perforation à travers laquelle les matières fécales passaient dans les tissus musculaire et cellulaire, causant une infection générale et un sphacèle d'une large portion de la peau de l'abdomen.

Un anneau de tissu cancéreux oblitèrait presque l'intestin et causait une stase fécale au-dessus ; à cause de cet anneau une lente perforation s'était produite, avec adhérences inflammatoires et perforation consécutive des couches successives de la paroi abdominale.

Fait intéressant, le côlon avait été enroulé diagonalement par les lésions résultant de vieilles adhérences péritonéales, consécutives à une vieille hernie épiploïque.

Le Dr Anstie fit une mention particulière d'un autre cas, dans lequel à première vue le diagnostic était hésitant entre une tumeur stercorale ou une production solide. On eut plus tard la preuve que c'était un néoplasme malin.

La question de diagnostic dans de tels cas est souvent très difficile à résoudre.

Le Président fit remarquer la rareté des cas où le cancer de l'intestin conduisait au sphacèle des parois abdominales. Il avait vu cet accident une ou deux fois, mais alors le cæcum était la partie primitivement prise. L'intestin dans ce point étant attaché étroitement, un phlegmon cellulaire était facilement produit, et un abcès formé.

Une telle affection dans le côlon devait être beaucoup moins commune. *Il n'était pas aisé de se décider dès l'abord sur la cause exacte de l'abcès ; était-il dû à une simple inflammation du tissu cellulaire, ou à une lésion maligne de l'intestin ?*

Une autre malade mourut d'une tumeur de l'intestin qui formait une masse dure non mobilisable dans la fosse iliaque.

Le docteur Fitzpatrick avait traité un cas de tumeur cancéreuse du côlon descendant, jusqu'au rectum exclus, qui déconcertait le diagnostic. Elle causait une grande accumulation de fèces dans le côlon, *et fut même, un temps, retardée comme un cas de névralgie et d'abcès.*

Le Dr D. Powell s'enquit si l'on trouvait quelque objection à l'administration de purgatifs dans des cas semblables. Un purgatif éclairerait le diagnostic.

M. T. Norton avait vu le cas de M^{me} Anderson; le contenu de l'intestin s'échappait dans le tissu cellulaire et causa l'issue fatale.

Le Dr Anstie remarqua que, dans quelques circonstances, un purgatif pouvait dissiper tous les doutes; mais que dans certains cas où les vomissements fécaloïdes se seraient produits depuis un jour ou deux, il serait impossible de donner un purgatif.

Cancer du côlon descendant. — Phlegmon de la paroi du côté gauche. — Ouverture au thermocautère. — Amélioration passagère. — Mort. — Autopsie. (THIÉRY, Bull. anat.)

Malade entré le 3 novembre 1889 à la Pitié, soixante-deux ans.

Peu de renseignements sur le début de l'affection. Début par des alternatives de constipation et de débâcles. Œdème des pieds. Teinte jaune paille des téguments. Tuméfaction inflammatoire dans le flanc gauche et sonore à la percussion.

Pendant la nuit violentes douleurs et évacuation de pus fécaloïde.

Le 4 octobre, ouverture de la tumeur au thermocautère.

Incision de 10 centimètres suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Issue de pus. Au fond de la plaie on voit l'orifice intestinal qui a donné passage aux matières.

Chute de la température le soir de 40 à 37 degrés.

Du 7 au 14 octobre, la plaie se déterge et s'améliore peu à peu. Il semble que l'orifice intestinal se comble.

Amélioration qui n'est d'ailleurs que passagère.

Mort le 16 octobre.

Autopsie. — Au niveau de l'angle du côlon ascendant, masse cancéreuse annulaire avec quelques adhérences lâches à la paroi abdominale.

On n'a pas retrouvé l'orifice de communication de la poche pariétale et de l'intestin.

Cancer annulaire du côlon transverse. — Phlegmon de la paroi abdominale. — Ouverture au thermocautère. — Amélioration passagère. — Mort. — Autopsie. — (Thiéry, Bull. anat.)

Entré le 2 décembre 1889 à l'Hôtel-Dieu, quarante-cinq ans.

Malade ayant bonne apparence. Diabétique. Il y a deux mois coliques douloureuses qu'il traita lui-même. Huit ou dix jours après *sans cause appréciable* douleur vive au flanc gauche. Une nuit, il se réveilla avec une douleur intolérable, mais il continue son travail dix jours environ.

A l'entrée ventre volumineux, ballonné, sonore au dedans de l'hypochondre droit avec tympanisme dans le flanc et la fosse iliaque droite. Zone de matité sur la ligne médiane.

A gauche, le ventre est plus souple ; mais autour de l'ombilic d'une part et dans toute la région qui sépare la fosse iliaque gauche de l'hypochondre, empiétant sur l'une et l'autre on remarque une zone de gonflement inflammatoire, rouge, chaude, empâtée, modérément douloureuse. Cette dernière empiète même sur la partie externe de la région supérieure de la cuisse ; les deux zones phlegmoneuses communiquent profondément à n'en pas douter.

En présence de ces signes nous émettons l'hypothèse d'un phleg-

mon stercoral de la paroi peut être consécutif à une tumeur de l'intestin, *notre attention ayant déjà été attirée sur ce point* ; d'ailleurs l'état diabétique du sujet pouvait être mis en cause pour établir le diagnostic.

Débridement au thermocautère, le 3 décembre, de la poche latérale. Issue de 1 litre 1/2 environ de pus stercoral mélangé de gaz.

Etat stationnaire jusqu'au 17 décembre. Incision du foyer périombilical et passage d'un drain par les deux orifices.

Le 20 décembre, ballonnement du ventre énorme ; deux purgations qui n'empêchent nullement l'accumulation des gaz dans l'intestin.

Mort le 24 décembre, en hypothermie.

Autopsie. — Epanchement de pus stercoral de la valeur d'un verre collecté surtout entre le foie et le diaphragme. A l'ouverture de l'abdomen on trouve au niveau du rebord inférieur des fausses côtes gauches une masse, du volume d'un poing d'enfant environ, au niveau de l'union du côlon descendant avec le transverse. Cæcum et côlon dilatés en avant de l'obstacle. Le rétrécissement est tel que le passage des liquides est difficile.

OBSERVATION DUE A L'OBLIGEANCE DE M. GANGOLPHE

Femme de cinquante-cinq ans. Entrée à la Croix-Rousse en juillet 1892, pour des phénomènes douloureux de la région de l'hypocondre droit. Au-dessus de l'ombilic, dans la région de la vésicule biliaire et sur une étendue de 5 à 6 travers de doigt, on trouve une tuméfaction douloureuse qui paraît peu mobile, relativement fluctuante.

Pas de symptômes gastriques, pas de symptômes du côté de la vésicule. De temps à autre, élévation de la température à 39°5. Etat général assez mauvais en raison d'antécédents tuberculeux héréditaires.

Incision : issue d'un demi-verre de pus fétide, jaunâtre, assez bien lié. Deux drains. Ni gaz, ni matières. Disparition des symptômes inflammatoires. Amélioration relative.

Au bout de trois semaines, issue de quelques matières fécales qui continuent à sortir, en même temps que de temps à autre on a des phénomènes de rétention.

Mort dans un état cachectique au bout de quatre à cinq mois.

A l'autopsie on trouve un cancer du côlon avec péritonite adhésive formant des foyers.

CÆCUM

Cancer du cæcum affectant la première portion du côlon dans l'étendue de 4 centimètres. — Rétrécissement considérable. — Absès de la fosse iliaque interne ouvert dans la région fessière. — Déchirure du fascia iliaca. — (Macquet, Société anatomique, 1846, p. 153).

Malade entrée le 29 février 1846 à l'hôpital Cochin. (Service de M. Nonat.)

Elle se plaignait depuis deux ans de douleurs de reins avec irradiations dans la cuisse droite et de constipation. Réglée irrégulièrement depuis six ans.

A son entrée à l'hôpital elle présentait au niveau du cæcum une matité se confondant sans démarcation avec celle du rein.

A la percussion dans cette région, douleur vive arrachant des cris à la malade, avec maximum au niveau du rein et s'irradiant dans la partie interne et supérieure de la cuisse droite.

Pas de fièvre.

Rien aux urines.

Par le toucher rectal aucune lésion des organes génitaux ou de leurs annexes.

Jusqu'au 20 mars, pas d'autres symptômes que ceux qui avaient été notés. Le 20 dans la nuit, la malade fut prise de frissons et de fièvre.

Les matières rendues sont très fétides, de couleur vert olive, sans trace de sang ni de pus.

Le 21 au matin, la face est plus altérée que la veille. Le ventre

est très douloureux à la pression dans la région de la fosse iliaque droite, en avant et en arrière. La main appliquée en cette région constate une élévation de température. La peau est chaude, et âcre au toucher. L'étendue de la matité est augmentée ; la matité est plus marquée qu'à l'entrée, dans la région iléo cæcale.

Les jours suivants aggravation des symptômes. La douleur du côté droit est devenue gravative. Il semblait à la malade qu'elle avait un poids énorme dans la région des reins et de l'aîne du côté droit.

Le 27 mars, une main appliquée sur la partie postérieure de la région costo-iliaque a pu sentir la fluctuation profonde produite par les mouvements que l'autre main imprimait à la partie antérieure de la même région. L'espace compris entre la crête iliaque et le bord inférieur de la dernière côte présentait une dépression qui contrastait avec le développement du côté opposé. Le dévoiement persiste.

Le 30 mars, soulèvement des parties molles au niveau de la crête iliaque, occupant toute la fesse droite ; ce gonflement est limité en avant, au niveau du muscle tenseur de l'aponévrose fémorale, et en arrière au niveau du sacrum ; en bas il a effacé complètement le sillon qui sépare la cuisse de la fesse et il envahit la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse. En appliquant une main sur la paroi abdominale correspondant à la fosse iliaque et l'autre main sur la région fessière, par des pressions alternativement exercées dans ces deux régions on sent une fluctuation profonde, bien caractérisée, pendant ces pressions on voit les parties molles se gonfler surtout vers la partie moyenne de la crête iliaque.

Vers les derniers moments de la vie, la malade a accusé une douleur très vive dans toute l'étendue de l'abdomen ; cette douleur était continue, très intense sous l'influence d'une pression même légère. Vomissements de matières jaune verdâtre.

Mort le 3 avril.

A l'autopsie on est arrivé dans la région fessière sur une quantité considérable de pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans plusieurs points l'aponévrose fessière présente des perfo-

rations qui admettent l'extrémité du petit doigt; ayant incisé cette aponévrose à l'aide d'une sonde cannelée, on a trouvé la fosse iliaque externe remplie d'un liquide crémeux, jaune verdâtre, sans odeur, mêlé à des débris de fibres musculaires; le grand fessier était complètement détruit vers sa partie moyenne et supérieure, le petit et le moyen fessier étaient intacts. En remontant vers la crête iliaque on trouve une communication entre les fosses iliaques interne et externe au moyen d'une perforation du *fascia iliaca*.

Le cæcum est adhérent par sa face antérieure avec le feuillet du péritoine qui se réfléchit au niveau du pli de l'aîne sur la paroi abdominale antérieure, il est soulevé et s'applique immédiatement sur la paroi abdominale.

L'observation insiste ensuite sur une dilatation des parois de l'intestin grêle vers le tiers inférieur de l'iléon, dilatation qui s'accompagnait d'une grande hypertrophie de la tunique musculaire de l'intestin.

La valvule iléo-cæcale est saine du côté de l'intestin grêle.

Les parois du cæcum sont dures au toucher. Le cæcum n'a plus sa forme prismatique, il est revenu sur lui-même, ses parois crient sous la lame du scalpel qui les incise. Sur la muqueuse, plusieurs ulcérations dont aucune ne communique avec le foyer situé au-dessous. Le tissu cellulaire sous-muqueux et intermusculaire est très épais, résistant, et transparent dans l'étendue de 5 centimètres environ.

Au-dessous du cæcum on observe une collection de liquide crémeux, jaune verdâtre, occupant la fosse iliaque interne dans ses deux tiers postérieurs, remontant sur la partie latérale droite au devant du psoas et communiquant avec la région fessière par la déchirure du *fascia iliaca* décrite précédemment.

Le muscle iliaque est en partie détruit. En avant de cette collection de pus, immédiatement au-dessous du cæcum le tissu cellulaire est épaissi, très résistant lorsqu'on veut le couper.

OBSERVATION DUE A M. GANGOLPHE

Homme de cinquante ans, santé habituelle assez bonne, un peu rhumatisant.

Dans le courant du mois d'août 1893, chute sur le ventre, sans qu'il y ait eu symptômes consécutifs sérieux. Quelque temps après il semble au malade qu'il avait quelque chose de gros, dans le flanc gauche. Du reste il éprouvait déjà un peu de gêne quelque temps auparavant. Pas de troubles de la digestion. Un peu de constipation habituelle. Peu à peu douleurs dans le flanc gauche de temps à autre ; station debout et marche un peu fatigante. Sensation nette de quelque chose de volumineux du côté gauche, vers la fin octobre. Dans le courant de décembre, constipation opiniâtre, troubles de la digestion, diminution de l'appétit, Coliques. Amaigrissement.

Dans le courant de janvier M. Gangolphe est appelé pour des accidents aigus d'occlusion intestinale. Il semble que les accidents aient commencé sous l'influence d'une purgation à l'huile de ricin.

Les lavements restèrent inutiles. Au moment où M. Gangolphe voit le malade il constate une tumeur de la grosseur des deux poings située dans le flanc gauche, s'étendant au-dessous de l'arcade crurale qu'elle n'atteint pas, allant en haut jusqu'à l'ombilic ; en dehors n'atteignant pas l'épine iliaque antéro-supérieure, tumeur arrondie, paraissant adhérente dans les parties profondes ou du moins d'une mobilité relative, douloureuse, mais n'amenant pas de changements du côté des téguments. Pas de fluctuation.

Ventre ballonné, rien au toucher rectal.

Pas de troubles de la miction.

Pas d'élévation de température.

Selles, rien de particulier. Pas de selles sanglantes.

Le médecin avait diagnostiqué une invagination intestinale. Le malade avait à ce moment l'aspect cachectique. Issue de quelques gaz sous l'influence de lavements huileux. Le malade fut soulagé.

M. Gangolphe est rappelé brusquement en février pour un

phlegmon survenu à gauche dans la région occupée par la tumeur et cela en deux ou trois jours. Peau rouge, œdématiée. Fluctuation en un point et dans un autre sensation de gaz. Le malade a 40°8. Les accidents d'obstruction ne dominent pas le tableau, mais s'y joignent.

Le malade est ramené à Lyon le même soir.

On incise et on donne issue à un demi-verre environ de pus fétide venant des parties profondes au delà de la paroi abdominale ; on place deux drains. Contrairement aux prévisions il n'y eut issue ni de matières, ni de gaz. La température tomba dès le lendemain à 37°7, 37°2 et il n'y eut pas d'élévation les jours suivants.

L'œdème diminua vite ; l'exploration devint plus facile et permit de se rendre compte que la tumeur avait augmenté de volume. Malgré les lavements les phénomènes d'occlusion intestinale s'éternisent ; en huit jours le malade n'a pas fait plus d'un demi-verre de matières.

M. Gangolphe porte le diagnostic de néoplasme du gros intestin, nécessitant une cœcostomie.

Le malade voit M. le professeur Ollier ; à son avis les symptômes locaux permettent difficilement de diagnostiquer le néoplasme mais l'indication chirurgicale est indiscutable. Vomissements fécaloïdes. Anesthésie à l'éther, pendant laquelle le malade vomit abondamment des matières fécaloïdes ; incision à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, et dont les deux tiers internes se trouvent en dedans de l'épine iliaque.

Le doigt introduit dans le péritoine trouve une anse d'intestin grêle très distendue. Elle est refoulée au dessous, on trouve le cæcum dont une bosselure vient s'offrir assez facilement.

1° Suture du péritoine à la peau.

2° Suture de l'intestin au péritoine, aux lèvres de la plaie. Ouverture de l'intestin au bistouri sur une étendue de 10 à 12 millimètres. Suture de la muqueuse à la peau. Une sonde Nélaton en caoutchouc rouge est introduite dans le cæcum qui est rempli de matières fécales et brunâtres.

Pansement antiseptique.

Les jours suivants les matières sortent avec difficulté. Injection

d'huile par la sonde dans le cæcum. Peu à peu amélioration. Pas de signes de péritonite. Pas d'infiltration inflammatoire.

Le malade part trois semaines après. Il continue les mêmes soins chez lui.

Revu plus tard le malade peut se promener, aller et venir avec un simple tampon et va régulièrement du ventre. Etat général meilleur. Quelques vents seulement par le bout inférieur.

Actuellement le malade peut vaquer à des occupations de bureau. Son état général est un peu meilleur. Mais la tumeur persiste toujours et de temps à autre les abcès qui sont toujours restés fistuleux sécrètent davantage, dans certains cas même donnent issue à une substance gélatineuse comme du myxome.

S ILIAQUE

Tumeur épithéliale sous-muqueuse du gros intestin siégeant au niveau de l'S iliaque, phlegmon de la fosse iliaque et psoïtis consécutifs. Mort. Autopsie. (Laveran).

H..., soldat de vingt-cinq ans, entré le 21 novembre 1874 au Val-de-Grâce. Syphilitique mais actuellement plus trace d'accidents. Anorexie et faiblesse générale. Habitus d'un phtisique, mais pas de signes physiques.

Tumeur dure et bosselée siégeant dans la fosse iliaque gauche, juste au-dessous du ligament de Fallope, du volume d'une pomme de moyenne grosseur. Indolore, sauf pendant la marche, où elle provoquait des irradiations douloureuses dans la cuisse. Le début a dû passer inaperçu au malade et remonter à deux mois environ. Fonctions intestinales très régulières.

Fièvre hectique, 39 à 40 degrés. L'amaigrissement du malade fait porter le diagnostic de tumeur scrofuleuse ou tuberculeuse des ganglions iliaques. D'où régime en conséquence.

Dans le courant du mois de décembre, la tumeur jusque-là indolore devient le siège des plus vives souffrances. Contracture des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin et attitude de psoïtis.

Dans les derniers jours du mois de décembre un abcès tend à se faire jour au-dehors au-dessous de l'arcade de Fallope. Peau rouge, douloureuse à la pression. Fluctuation. Application de pâte de Vienne, mais vu l'affaiblissement du malade pas d'intervention chirurgicale. Mort le 30 décembre.

Autopsie. — Collection purulente au-dessous de l'intestin et occupant toute la fosse iliaque gauche. Muscle iliaque sphacélé. En avant fusée purulente jusque sous la peau de l'abdomen, par un trajet situé en dehors du grand droit du côté gauche.

Tumeur développée dans la paroi du gros intestin, mais d'un côté seulement ; pas de rétrécissement de calibre, pas de saillie polypiforme. Pas de distension de l'intestin au-dessus de la tumeur. Inégale, bosselée, assez consistante, — 8 à 10 centimètres dans tous les diamètres. Sur coupe : marbrures blanchâtres et grisâtres, rappelant l'aspect du cancer encéphaloïde.

Histologiquement :

1° Stroma fibreux circonscrivant des lacunes ;

2° Parois de ces lacunes tapissées d'un épithélium cylindrique, parfaitement conservé, cellules à cils vibratiles ;

3° Dans l'intérieur des lacunes, masses en partie amorphes, en partie tapissées par des cellules granuleuses.

Tumeur peu vasculaire.

Névrite interstitielle du crural. Varicosités des tubes nerveux.

M. Laveran fait à ce sujet les réflexions suivantes. Il est curieux de voir comment les erreurs se sont succédé presque fatalement dans ce cas ; pendant la vie, trompés par l'état général du malade qui est celui d'un tuberculeux, nous croyions à l'existence d'une tuberculose et nous attribuions la tumeur à une adénite de nature scrofuleuse ou tuberculeuse ; après la mort les caractères macroscopiques de la tumeur nous font porter le diagnostic de cancer encéphaloïde ; l'examen histologique vient enfin rectifier cette nouvelle erreur.

L'histoire clinique de notre malade est des plus simples: une tumeur s'était formée lentement au niveau de l'S iliaque dans le gros intestin sans déterminer d'autres troubles que quelques douleurs le long des branches du plexus crural, douleurs qui augmentent pendant la marche; sous l'influence des frottements continuels de la tumeur contre la fosse iliaque gauche; un phlegmon se développa lentement et donna lieu à la fièvre hectique qui fut constatée au moment de l'entrée à l'hôpital; l'inflammation s'étendant en profondeur, l'aponévrose iliaque, puis le muscle iliaque, furent en partie détruits par la suppuration; le membre inférieur se rétracta, et les branches du plexus crural baignées dans le pus furent atteintes de névrite; d'où les douleurs irradiées qui, à un moment donné, prirent un caractère d'acuité extrême. Le malade succomba au phlegmon iliaque compliqué de pyérite et non à la tumeur. L'idée que nous avions affaire à un tuberculeux nous a empêché d'intervenir très activement; l'ouverture de l'abcès iliaque aurait-elle prolongé la vie du malade? Nous ne le pensons pas, l'affaiblissement était extrême quand il fut possible de percevoir la fluctuation, et le malade n'aurait pas résisté à une longue suppuration; — en tout cas, l'ouverture de l'abcès n'aurait pas fait disparaître la tumeur.

OBSERVATION de Giamboni.

Clémentine M..., cinquante-trois ans. Entrée le 18 nov. 1879.

Il y a cinq ans, sans traumatisme ni cause appréciable d'aucune sorte elle a vu survenir trois ou quatre petits abcès sur la paroi abdominale antérieure entre l'ombilic et l'épine iliaque gauche. Ces abcès ne se seraient accompagnés d'aucun symptôme

général grave, la malade fut obligée de garder le lit pendant quelques jours ; au bout d'une semaine ces abcès suppurèrent, s'ouvrirent spontanément et guérèrent quelques jours après.

D'après les renseignements de la malade c'eût été un anthrax abdominal sans autre liaison avec la maladie actuelle que la communauté de siège.

En avril 1879, tuméfaction de la paroi abdominale sans douleurs locales bien vives et sans autres symptômes particuliers. La malade ne renseigne pas si elle a eu d'autres symptômes du côté de l'intestin. Au bout de huit jours, elle présentait un volume considérable, était rouge et douloureuse. Fièvre, nausées, anorexie, pas de vomissements. Constipation absolue depuis le premier jour des accidents. Deux jours après, ouverture spontanée de la tumeur en quatre ou cinq endroits différents, soulagement. Mais pas de cicatrisation. Issue de matières fécales par cet anus artificiel.

A l'autopsie, tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, remplaçant l'S iliaque.

A la coupe, la tumeur présente une coloration gris blanchâtre, elle a un aspect légèrement translucide ; dans un des lobes de la tumeur, on trouve qu'une partie assez étendue paraît infiltrée d'un pus verdâtre, concret, analogue à celui qu'on trouve dans les foyers purulents de l'encéphale.

La suppuration de cette partie de la tumeur explique quelques-uns des phénomènes observés pendant la vie ; la malade prétendait que *la tumeur s'était vidée comme un abcès* et on a pu observer après son entrée à l'hôpital, un écoulement assez abondant de matières purulentes mêlées ou non aux matières fécales et saniemieuses, rejetées par l'ouverture abdominale.

*Carcinome de l'S iliaque. — Abcès de la paroi abdominale.
Mort. (Berne.)*

La nommée B..., journalière, cinquante-six ans, entre dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, le 20 juin 1881, salle Sainte-Marie.

Dans les antécédents héréditaires aucune particularité digne d'intérêt. Réglée à dix-sept ans, elle eut une première grossesse à vingt-six. A trente ans, elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu pendant onze mois, pour du rhumatisme articulaire. En 1870, la malade eut un abcès à la partie inférieure gauche de la paroi abdominale. M. Désormeaux lui donna ses soins. Malgré un traitement prolongé, depuis cette époque la malade souffrit constamment du côté gauche.

Vers le mois de mai 1881 elle eut une hémoptysie précédée de violents efforts de toux. Douleurs vives se manifestant dans l'aîne gauche. « Une tumeur s'y forme augmentant de volume surtout au moment de la toux. » A l'entrée de la malade dans le service, une tuméfaction douloureuse de la paroi abdominale était facile à constater. C'est une masse de consistance demi-molle paraissant partiellement réductible et offrant des gargouillements à la pression. Matité absolue à la percussion.

Les tentatives de réduction de la tumeur provoquent une vive douleur. La palpation profonde de l'abdomen révèle la présence d'une masse assez volumineuse, dure, reproduisant la forme de l'S iliaque et se continuant avec la tumeur de la paroi. En associant le toucher rectal à la palpation abdominale on pouvait reconnaître la présence d'une tumeur de la partie inférieure de l'S iliaque, tumeur que le doigt refoule sans qu'il soit possible de se rendre un compte exact de sa nature et de son étendue. La malade disait avoir des selles régulières, mais son appétit était altéré depuis un mois. Teinte jaune paille des téguments; faiblesse extrême.

21 juin. — Péritonite intense.

22 juin. — Mort.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Le rectum est sain dans toute son étendue. L'S iliaque fortement incurvée est fixée dans l'excavation pelvienne. Elle était notablement adhérente à la face postérieure de la région inguinale gauche. Cette partie de l'intestin était rétrécie à un haut degré, c'est à peine si le petit doigt pouvait y être introduit. Au niveau du rétrécissement long de 7 à 8 centimètres, la muqueuse de l'S iliaque présente une surface anfractueuse ça et là et rendue plus inégale par la présence de

points sous-muqueux. Au-dessus du rétrécissement l'S iliaque est dilatée. En un point de sa paroi, se présentait un orifice par lequel l'intestin communiquait avec un abcès dont les parois étaient constituées par les plans musculo-aponévrotiques de l'abdomen. Abordant l'abcès par la partie extérieure nous avons pu reconnaître qu'en un point la paroi abdominale était perforée et que l'abcès en partie sous-cutané allait se faire jour au niveau de la cicatrice correspondant à l'ancien abcès. L'aponévrose du grand oblique très altérée était amincie dans une certaine étendue au voisinage de la perforation. La gaine celluleuse du grand oblique, les deux muscles petit oblique et transverse détruits en un point concouraient à former les parois de l'abcès. Notons qu'au niveau du point de communication de l'abcès avec l'S iliaque se présentait un petit pont péritonéal au niveau duquel existait une perforation. Cette lésion rend compte des phénomènes brusques de péritonite observés.

A l'examen microscopique on a trouvé un carcinome en voie de ramollissement.

Berne ajoute :

1° L'abcès qui s'est reproduit après une période de dix ans est apparu au même point de la paroi abdominale que le premier ;

2° Il n'y a pas de rapport entre l'abcès de 1870 et le carcinome ; car alors il faudrait admettre que ce carcinome a eu une durée de dix ans ;

3° Cet abcès dont l'apparition datait de deux mois semble pouvoir être rattaché à l'ulcération de l'intestin au-dessous du point rétréci.

OBSERVATION D'UN MALADE DE M. POLLOSSON

Homme de trente-huit ans. Bonne santé habituelle.

Est pris de phénomènes douloureux dans la région hypogastrique, de gêne dans la défécation.

Une tumeur se manifeste à cet endroit. Un chirurgien considère cela comme un abcès. Au bout de quelque temps cet abcès s'accompagne d'occlusion intestinale. La tumeur augmente ainsi que les phénomènes phlegmoneux. Le malade est conduit à l'Hôtel-Dieu où M. Pollosson fait une incision et trouve un myxome du gros intestin. Le malade est soulagé; anus contre nature ne donnant pas issue à la totalité des matières. Phénomènes vésicaux. Cystite. Pénétration du néoplasme dans la vessie. Issue de gaz, de pépins de raisins par le méat. Douleurs atroces. Le malade se cachectise. Le flanc gauche est le siège d'une ulcération à bords fongueux, bourgeonnants, myxomateux, par lesquels sortent des matières, mais pas d'urine. La surface occupée par ce néoplasme est très large. Le malade meurt cachectique six ou sept mois environ après le début de sa maladie.

CONCLUSIONS

I. Les néoplasmes de l'intestin peuvent, à un moment donné de leur évolution, s'accompagner de phénomènes phlegmoneux plus ou moins aigus.

II. Ce sont ordinairement des épithéliomas, des cancers colloïdes : leur siège est variable ; ceux du gros intestin sont les plus fréquents.

III. Le diagnostic de la tumeur, relativement facile à établir quand on a observé le patient avant ou dès le début des symptômes inflammatoires devient très délicat lorsque le phlegmon est bien déclaré. On ne peut se baser que sur les commémoratifs, l'état général. L'existence de troubles du côté des fonctions digestives (diarrhée, coliques, melœna), mais surtout les symptômes d'*occlusion intestinale chronique* constituent autant de données susceptibles d'établir le diagnostic.

IV. Le pronostic est toujours aggravé.

V. L'intervention chirurgicale doit consister dans l'incision et le drainage des foyers d'une part, et d'autre part dans l'établissement d'un anus contre nature s'il existe des symptômes d'occlusion.

VI. L'ablation du néoplasme paraît impossible dans la plupart des cas ; seules des opérations palliatives (anus contre nature, entéro-anastomose, cystostomie) permettent d'apporter quelque soulagement à l'état des malades.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TRIPPIER.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Bricheteau. — Archives générales de médecine, troisième
série, t. VI, p. 435.
1846. Macquet. — Bulletin de la société anatomique.
- 1859-60. Coote. — Transactions Pathol. Society, London.
1850. Bernutz. — Archives de médecine.
1868. Monod. — Bulletin de la Société anatomique.
1874. Anstie. — British med. Journal.
1875. Laveran. — Progrès médical.
1876. Gœbel. — Thèse de Paris.
1876. Laveran. — Archives de Physiologie.
1875. Vaussy. — Thèse de Paris.
1877. Heurtaux. — Bulletin de la Société de chirurgie.
1878. Hulke. — Lancet, II.
1878. Castaneda y Campos. — Thèse de Paris.
1879. Wedrychowski. —
1879. Gérardin. —
1879. Giamboni. —
1879. Robert. —
1879. Sarazin. —
1881. Berne. — Bulletin de la Société anatomique

1888. Ducheneau. — Lyon médical.
1889. Hodeau. — Thèse de Paris.
1890. Thiéry. — Bulletin de la Société anatomique.
1891. Roberts. — Med. New, Philadelphie.
1891. Reclus. — Compte rendu du cinquième congrès de chirurgie.
1891. Hartmann. — Bulletin de la Société anatomique.
1892. Baltzer. — Archiv für klinische Chirurgie.
1892. Madelung. — Centralblatt für Chirurgie.
1892. Estor. — Nouveau Montpellier médical.
1893. Bacque. — Thèse de Paris.
1894. Commandeur. — Gazette hebdomadaire.
-

TABLE

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Exposé de la question. — Historique	7
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique et pathogénie . .	13
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	24
CHAPITRE IV. — Diagnostic.	36
CHAPITRE V. — Traitement.	51
Observations	56
Conclusions.	83
Bibliographie	85

